

三宅町国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画



三宅町イメージキャラクター「みやぼう」「みやっぴい」

令和6年3月
奈良県三宅町

目次

第1部 前期データヘルス計画の評価	4
計画全体の評価	5
個別保健事業の評価	6
第2部 第3期データヘルス計画	19
第1章 基本的事項	20
1.計画の趣旨	20
2.計画期間	20
3.実施体制・関連計画との連携	21
4.共通指標について	22
第2章 現状の整理	23
1.保険者の特性	23
2.健康・医療情報等の分析	38
第3章 計画全体	52
1.課題の整理	52
2.目的・目標	54
3.取り組む個別保健事業	55
第4章 その他	67
地域包括ケアに係る取組	67
第3部 第4期特定健康診査等実施計画	68
第5章 特定健康診査等実施計画	69
1.計画策定の趣旨・背景等	69
2.計画期間	69
3.特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方	69
4.過去(第1期～第3期)の主な取組	70
5.特定健康診査及び特定保健指導の基本的な考え方	72
第6章 目標値、実施内容、実施方法	74
1.特定健康診査等の目標について	74
2.特定健康診査等実施対象者について	74
3.特定健康診査等の実施方法について	75
第7章 共通事項	84
1.計画の評価と見直し	84
2.計画の公表・個人情報の保護	84
3.計画の推進体制	85
4.評価(第4期計画期間に向けた課題)	86
参考資料	87
1.計画策定までの検討経過	87
2.委員名簿	88
3.用語集	89

第1部

前期データヘルス計画の評価

◎計画全体の評価

◆計画全体の目的

健康・医療情報を活用して地域や個々の被保険者の健康課題を把握したうえで、PDCAサイクルによる評価・検証を実施し、その結果を踏まえ、効率的で効果的な保健事業を積極的に推進していくため、本計画を策定した。

◆計画全体の指標と評価

指 標	指標の変化				
	H30	R1	R2	R3	R4
健康づくりの推進(メタボ該当者割合)	17.5	16.6	19.5	19.3	18.0
特定健康診査受診率の向上(受診率)	48.5	47.5	40.2	42.1	44.6
特定保健指導利用率及び終了率の向上(終了率)	12.7	37.7	29.5	18.8	21.3
慢性腎臓病等の重症化予防の推進(要医療者受診率)	19.4	51.9	62.9	51.9	46.5
適正な受診・服薬の促進(重複投与者2医療機関以上)	666	569	407	509	488

◆指標毎の評価に対する要因等のまとめ

【健康づくりの推進】

少ないながらも増加と減少を繰り返している。いずれの年度も目標値には到達していない。令和5年5月からの新型コロナウイルス感染症の位置づけ変更を機に、特定健康診査から各種保健事業を積極的に展開していく。

【特定健康診査受診率の向上】

目標値には達成していない。平成30年度は50%に近い受診率があったが、令和2年度から新型コロナウイルス感染症により健診を延期したことも影響が大きく受診率が低下していた。徐々に改善傾向であるが、50%には満たない。対象者全員に個別通知を実施しており、随時申込を受け付けるなどして受診勧奨を継続的に実施していく。

【特定保健指導利用率及び実施率の向上】

目標値には達成していない。令和2年度から特定健康診査受診率が低下していることと連動し実施率も減少傾向である。実施率向上のために、集団健診の当日に初回面談を行うとともに丁寧に利用勧奨を行う。

【慢性腎臓病等の重症化予防の推進】

対象となる方が少なく、事業への参加を希望する方はさらに少ない現状である。受診勧奨を受けた方の行動変容のタイミングを考えて受診有無の確認を行う機会を設けていく。郵送、電話または訪問で再確認を行うなどして、事業を継続する。

【適正な受診・服薬の促進】

適正な受診指導・勧奨の取り組みにより年々改善されている。さらに適正な受診・服薬の促進強化が必要である。

◎個別保健事業の評価

1. 生活習慣病予防教育事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病とその予防に関する知識の普及啓発を図る。 食に関する知識を深め、食生活の改善を目指す。 運動の習慣化し、体力向上を目指す。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 特定健康診査の結果、ハイリスク者に受講勧奨を行い、町民公開講座を実施する。 講座後、栄養・運動の連続した健康教育を実施する。 講座修了後、一定期間において、継続の動機づけとなる場(OB会)を設ける。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	メタボ該当者割合	-5%	17.5%	16.6%	19.5%	19.3%	18.0%	C
	メタボ予備群割合	減少	10.3%	11.9%	10.2%	10.3%	10.6%	C
アウトプット	受講勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	講座実施回数	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
プロセス	勧奨送付時期	7月	7月	7月	7月	7月	7月	A
ストラクチャー	講座講師との連携	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
	フォロー体制(OB会)	実施	実施	実施	実施	未実施	実施	B
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病の予防に不可欠である栄養と運動の講座を連続して受講することで、効果的に生活習慣の見直しにつなげることができた。 令和2年度以降はコロナ対策のため、集団形式を控えることとなった。 個別形式を取り入れたことにより栄養・運動ともに個々に応じた指導となり生活習慣の改善を目指す学習が可能となった。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響で、講座は感染症対策を行うことが重要となり、これまでの実施方法を変更せざるを得ない状況となった。 これまでの全回集団形式から個別指導を柱に集団を行うこととした。自身に合った指導を受けることができ、また集団指導で状況確認も可能であったことから個別形式の良さも感じてもらえたと考えられる。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> 回数と形式が適正かどうか。 コロナの5類移行を受けて、個別・集団それぞれの良い点を活かすことができるよう検討が必要。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 若い世代の受講者数増加を目指してオンライン形式や自主学習を取り入れていくのか。 コロナ対策で個別方式を導入した経過を踏まえて、生活習慣改善に効果が期待できるならば継続して取り入れることも可能と考える。 個別・集団ともに来所を基本とする場合、参加者の年齢層が高くなる。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

2. がん検診等の受診勧奨事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> 健康増進法に基づく5がん検診を実施することで、生活習慣病の予防、健康確保、医療費抑制に資する。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象：各種がん検診の対象者(40歳以上の男性及び20歳以上の女性) 集団検診：保健福祉施設にて実施(5がん検診、セット検診) 個別検診：委託する医療機関にて実施(5がん検診) 検診結果：検診結果の通知、精密検査受診勧奨(郵送、訪問) 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	胃がん検診受診率	+5%	11.6%	11.8%	10.9%	7.5%	14.6%	B
	大腸がん検診受診率	+5%	13.1%	10.9%	8.5%	7.5%	12.7%	C
アウトプット	受診勧奨の実施	実施	40歳	40歳	節目	節目	節目	C
プロセス	勧奨送付時期	3月	3月	3月	3月	3月	3月	A
	追加申込	随時	随時	随時	随時	随時	随時	A
ストラクチャー	土日検診	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
	受診後のフォロー訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 令和2年度から受診率が落ち込んでいるが、新型コロナウイルス感染症の影響による受診控えも大きいと思われる。 コロナの5類移行に加えて、大きな感染拡大がなければ受診者数の増加が見込まれる。 若年層の受診増加を期待した託児の実施については、希望者が少ない。 新41歳(女性21歳)への受診勧奨に加え、小学校や幼稚園を通して保護者へ周知・啓発も実施したが、意識付けのためにも継続する。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> 申込期間を延長し、随時追加申込可能としており、検診直前まで受付できる。 土日検診は定着している。特定健康診査とのセットは今後受診者の動向をみて継続する。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> 乳がん・子宮がん検診については、隔年受診であるため毎年一方ずつ受診が必要となるケースが多い。 子宮がん検診は令和4年度から、ワクチン接種勧奨が再開されており、キャッチアップ世代の案内に「接種と検診」がセットであることを合わせて周知していく。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 「特定健康診査+がん検診」や、「5がんセット検診」を実施することで、1回の来所で受診を完了することができる。 一方、セット検診の場合、待ち時間を含め滞在時間が長くなるため、受診者の身体的負担につながる可能性もある。 新41歳(女性21歳)や節目年齢、配信等の活用により若い世代への受診勧奨の機会を増やす。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

3. 歯周疾患検診事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・歯周病は、日本人の歯の喪失をもたらす主要な原因疾患となっている。歯周病は、成人期において未だに有病率が高く、基礎疾患や生活習慣との関係が注目されている。 ・歯周病検診を実施することで、口腔衛生の正しい知識を普及するとともに、結果に基づいた適切な指導を行うことで、高齢期においても健康で快適な生活を送ることができるよう支援することを目的とする。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：三宅町国民健康保険被保険者のうち40～74歳の者 ・検診機関：田原本町及び川西町歯科医師会に所属する歯科医療機関 ・検診結果：受診後は結果説明及び必要な保健指導を実施 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	受診者数	増加	63人	28人	19人	23人	35人	C
	歯周疾患検診受診率	10.0%	5.2%	2.3%	1.6%	1.9%	2.9%	C
アウトプット	案内件数	全数	1,204	1,220	1,224	1,161	1,228	A
	対象者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	結果説明	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
ストラクチャー	実施医療機関数	増加	16	16	13	13	15	C
	歯科保健指導	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の案内送付時に、対象者全員に歯周疾患検診の案内を同封することで受診勧奨を全数行っているが、全体的に受診申込は伸び悩んでいる。 ・令和元年度から受診率が落ち込んでいるが、新型コロナウイルス感染症の影響も大きいと思われ、受診率が目標の10%に満たない状況が続いている。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・令和4年度までは、受診申し込み後に、改めて受診票を郵送していたが、令和5年度は申込受付時に受診票セットを手渡している。これにより通知を待つ必要がなく、受診申込から受診予約までの時間が短くなり、早期に予約できると考える。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・申込のために来所が必要な状態であるが、今後は来所が不要な申込方法も設けることで申込の手軽さを周知してもよいのではないか。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・事業は継続する。 ・歯科について、検診を優先して受診することが定着するよう、定期健診やかかりつけ医をもつ利点を提示することが必要。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

4. 特定健康診査

目的	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に健診を受診する必要性を周知・啓発し、受診率が向上することで、国保加入者のQOL維持・向上、健康の保持増進、生活習慣病予防、さらには医療費適正化に資する。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象：三宅町国民健康保険被保険者のうち40～74歳の者 集団健診：町保健福祉施設にて実施 個別健診：奈良県医師会との集合契約による健診 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健康診査実施率	60.0%	48.5%	47.5%	40.2%	42.1%	44.6%	C
アウトプット	受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
	集団健診実施回数(年間)	8回	8回	8回	6回	5回	8回	B
プロセス	勧奨通知送付時期	4月	4月	4月	4月	4月	4月	A
	追加申込	随時	随時	随時	随時	随時	随時	A
ストラクチャー	土日健診	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
	受診後のフォロー訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 新型コロナウイルス感染症の影響により令和2、3年度は例年実施していた6月の集団健診を後半に実施するなど調整が必要であった。以降、受診率が低下傾向で目標値には及ばない。 感染状況が好転すれば、受診者数の増加が見込まれる。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> 土日健診の実施は定着しており今後も継続できると考える。 申込期間後も随時受診希望者に対応を継続している。 日程変更や時間変更に対応できる。 セット検診の実施により、1回の来所で希望するがん検診も受診できる。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> コロナ対応で調整していた1回の受診者数を今後どうするか。増やすことも可能。 受診日設定と受付時間毎の人数について変更が生じる可能性がある。 集団健診と医療機関健診の他、ドックで受診することも受診者にとって選択範囲が広がることにつながるので希望数の変化に注目する。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 「特定健康診査＋がん検診」を実施することで、1回の来所で受診を完了することができる。今後の受診者動向により実施回数を検討する。 人間ドック・脳ドックを希望する方も増えており、特定健康診査の受け方のひとつとして助成対象人数を増やすことも検討する。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

5. 特定健康診査未受診者対策事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・低迷している若い被保険者(40～50歳代)の受診率が、前年度と比較して増加することを目指す。その達成のため、対象者に向けた効果的効率的な勧奨に取り組む。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：40～60歳のうち、過去3年間特定健康診査を受けておらず、かつ生活習慣病に関するレセプト情報がない人 ・方法：対象者に電話等による健診受診勧奨を行う。生活状況及び健康状況を確認し、必要に応じて医療機関受診を勧奨する。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健康診査受診率	60.0%	48.5%	47.5%	40.2%	42.1%	44.6%	C
	40～50歳代受診率	増加	34.4%	33.0%	26.0%	24.7%	29.1%	C
アウトプット	対象者への受診勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	-	-	E
プロセス	受診勧奨対象者数	-	44人	56人	85人	-	-	E
ストラクチャー	ドック費用助成	有	有	有	有	有	有	A
	商工会結果提供	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・町で受診勧奨を行っていたが、勧奨後の受診につながっていない。 ・男女の比較では、男性の受診率は低く、10%以上の差がある。特に、40代男性が低い。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事務共同化事業に参加することで対象者を把握し、勧奨後も受診が確認できない場合は町から連絡することも可能になる。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・国保事務共同化事業に参加することで対象者の把握ができる。 ・受診勧奨とともに、対象年齢前から健康管理について情報提供や正しい知識の普及・啓発を行うことで、受診可能年齢になったら健診を受けるというイメージをもてるようにしたい。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

6. 特定保健指導事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の結果から、生活習慣病のリスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待出来る方に対して専門スタッフが生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣の改善、運動習慣の獲得や定着をはかり、健診結果の改善を目指す。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：特定健康診査の結果により、肥満・高血圧・脂質異常・高血糖等リスクが高まっており、生活習慣改善の必要がある人 ・標準的な健診・保健指導プログラムに準ずる指導を実施する。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定保健指導終了者数	増加	3人	25人	4人	2人	13人	B
	特定保健指導実施率	45.0%	12.7%	37.7%	29.5%	18.8%	21.3%	C
アウトプット	勧奨実施率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	フィットネス利用券	配付	配付	配付	配付	配付	配付	A
ストラクチャー	実施機関との連携	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・指導の対象者数は70人前後で経過している。令和5年度は受診率向上のために集団健診日に初回面談を行っている。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・フィットネス利用券を配付している。運動習慣を定着させるきっかけ作りのひとつとして町内で気軽に取り組める機会を提供している。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・利用勧奨を行っても、未利用の方に再勧奨する必要がある。 ・来所形式のため、日程調整が難しい対象者は参加できない。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・丁寧に利用勧奨を行う。コロナ対策も含め、オンライン形式で実施できるか。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

7. 受診勧奨判定値を超えている者へのフォローアップ事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> 健康的な生活習慣の必要性を認識できるよう周知する。 健康的な生活習慣を獲得するために行動変容する人が増える。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象：健診受診結果で特定保健指導の対象外であるが、定められた基準に該当する人 方法：個人に合わせたリーフレットを送付し、生活習慣改善の必要性を周知・啓発する。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	対象者の翌年度の特定保健指導対象への移行	0人	37人	27人	23人	29人	30人	C
アウトプット	対象者へのリーフレット送付	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	結果説明会実施回数(年間)	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
ストラクチャー	実施者(委託の有無)	町	町	町	町	町	町	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会や訪問による受診勧奨により医療機関への受診向上を目指している。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 特定保健指導の対象外の受診者にどの程度介入するのか。通知の内容はどのようにするか。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

8. 要医療域の人への受診勧奨事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> 健診結果により基準値以上となった受診者に受診勧奨を行うことで、早期治療へ結びつける。適正受診につなげ、生活習慣病の重症化を予防することを目的とする。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 対象：健診受診結果で、基準値以上となった人 方法：受診勧奨、必要な情報提供や保健指導、医療機関への受診をすすめる。 勧奨後、受診の確認を行う。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	医療機関受診者数	-	21	41	73	53	62	E
	対象者の医療機関受診率	増加	19.4%	51.9%	62.9%	51.9%	60.1%	B
アウトプット	対象者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	受診勧奨の方法	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	A
	結果説明会実施回数(年間)	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
ストラクチャー	医療機関と連携	有	有	有	有	有	有	E
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会を実施し、健診結果の全体的な説明及び個別相談を受けることで対応している。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会は平日実施のため参加者数が限定される。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明会や訪問による受診勧奨により医療機関への受診向上につなげたい。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

9. 糖尿病等医療機関受診勧奨事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病未治療者に対し、医療機関受診勧奨を行う。 ・糖尿病治療中断者に対し、継続的な治療の必要性を認識してもらい、治療につなげる。 ・糖尿病で通院中の人に対し、良好な血糖コントロールの必要性を認識していただき、適切な治療につなげる。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：特定健康診査結果より、血糖値、HbA1cが一定以上であり、治療していない人 過去に糖尿病薬使用歴や治療歴があるが、現在通院していない人 治療中であるが血糖コントロール不良と思われる人 ・方法：対象者抽出後、保健指導や受診勧奨を行う。 連携手帳を活用し、病診連携を進める。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	HbA1c7.0%以上の該当者割合	減少	4.36%	4.12%	4.19%	2.86%	4.07%	A
アウトプット	対象者への受診勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	受診勧奨の方法	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	電話訪問	A
ストラクチャー	医師会との連携	有	有	有	有	有	有	A
	国保事務共同化事業	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・評価材料が少なく、評価困難である。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨後、受診有無を確認するなど追跡することで勧奨が有益であったかどうか確認するなどのフォロー体制をとっておく。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨の通知後、受診有無を確認する方法として、直接連絡または間接的にレセプトで把握する。受診された場合、検査値の変化や自身の健康に対する意識変化を尋ねることで評価とする。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

10. 慢性腎臓病(CKD)病診連携支援事業

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の受診率をさらに向上させる。 ・腎機能検査の実施率が向上する。 ・腎機能ハイリスク者を中心とした連携を図る。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・対象：前年度健診結果から、尿蛋白2+以上もしくは(かつ)eGFR45未満の人、かつ腎臓病での通院・治療歴のない人 ・方法：健診結果およびレセプトデータより、CKDハイリスク者を抽出し、事業参加を勧奨する。行政が初期保健指導を開始し、腎臓専門医及びかかりつけ医を受診を促す。連携手帳を活用し、診療内容や保健指導内容を共有し病診連携を進める。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	事業参加者数	増加	0人	1人	0人	-	-	D
	特定健康診査受診率	60.0%	48.5%	47.5%	40.2%	42.1%	44.6%	C
アウトプット	対象者への事業参加勧奨率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	結果説明会実施回数(年間)	2回	2回	2回	2回	2回	2回	A
ストラクチャー	医師会との連携	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会や訪問による受診勧奨により医療機関への受診につながった。 ・個別の相談や通知は一定の効果があると思われる。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・個別相談の機会となる結果説明会は効果があると考えられる。 ・腎機能に関する専門医への受診について適切な医療機関の情報が得られる。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・結果説明会は平日の実施であるため、別の機会を選択することができない。 ・集団教育を中心とした内容であるが、参加者自身の結果に対することを知りたい方も多いかもしい。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に初期介入することで、健診結果をみてもどのように対処すればよいかわからないために受診が遅れることがないよう事業を継続する。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

11. 特定健康診査・特定保健指導に関する情報等の発信

目的	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診・特定保健指導利用の重要性について意識づけを行う。 ・特定健康診査の継続受診を働きかけ自ら生活習慣の改善に取り組むための動機付けを行っていく。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・公式ホームページに特定健康診査や生活習慣病に関する情報を掲載する。 ・広報誌に特定健康診査受診勧奨に関する記事を掲載する。 ・集団がん検診時に、チラシを配布し受診勧奨を行う。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	特定健康診査受診率	60.0%	48.5%	47.5%	40.2%	42.1%	44.6%	C
	特定保健指導実施率	45.0%	12.7%	37.7%	29.5%	18.8%	21.3%	C
アウトプット	集団がん検診時のチラシ配布	実施	実施	実施	実施	実施	実施	A
プロセス	広報誌の記事掲載回数(年間)	7回	7回	7回	7回	7回	7回	A
	広報誌へ特集記事掲載(年間)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	A
ストラクチャー	町ホームページの掲載	通年	通年	通年	通年	通年	通年	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査について情報を発信することで、受診方法や受診期間など、また随時健診の受診が可能であることを知ることができる。 							
見直しが必要な 取組	<ul style="list-style-type: none"> ・掲載内容や回数の検討が必要。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・事業を継続する。 ・受診勧奨とともに、対象年齢前から健康管理について情報提供や正しい知識の普及・啓発を行うことで、受診可能年齢になったら健診を受けるといったイメージをもてるようにしたい。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

12. 後発医薬品の啓発の推進

目的	<ul style="list-style-type: none"> 医療費削減のために後発医薬品の使用促進にかかる啓発、後発医薬品差額通知書の送付等を行い、広く正しい情報の周知を図る。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> すべての被保険者に対して、被保険者証の一括更新時にジェネリック医薬品の啓発パンフレットを送付する。 年3回、ジェネリック医薬品が利用できる先発医薬品の利用者に対して、ジェネリック医薬品を使用した場合の差額通知を送付する。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	後発医薬品使用割合	増加	61.51	65.28	68.9	69.95	72.26	A
アウトプット	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	通知書送付回数(年間)	3回	3回	3回	3回	3回	3回	A
ストラクチャー	国保事務共同化事業	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 周知・広報の取り組みにより年々使用割合は増加傾向にあるが、さらに使用促進の強化が必要である。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> すべての被保険者に対して、被保険者証の一括更新時にジェネリック医薬品の啓発パンフレットを送付する。 年3回、ジェネリック医薬品が利用できる先発医薬品の利用者に対して、ジェネリック医薬品を使用した場合の差額通知を送付し、さらなる利用促進を図る。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 国保事務共同化事業への参加を継続する。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

13. 適正な受診・服薬の促進

目的	<ul style="list-style-type: none"> 重複受診・頻回受診の対象者に対して適切な受診勧奨を行うことで、医療機関への適切な受診方法を普及させる。 							
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 重複服薬を行っている被保険者に対して、国保連合会を通じて、文書等で適正受診を指導する。 通知を送付しても改善が認められない場合など、必要に応じて電話等により個別に適正受診を勧奨する。 							
評価	指標	目標値	指標の変化					評価
			H30	R1	R2	R3	R4	
アウトカム	重複投与者	減少	666	569	407	509	488	A
	多剤投与者	減少	95	102	64	67	96	C
アウトプット	対象者への通知率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A
プロセス	郵送・電話連絡	-	通知	通知	通知	通知	通知	E
ストラクチャー	国保事務共同化事業	有	有	有	有	有	有	A
成功要因 未達要因	<ul style="list-style-type: none"> 適正な受診指導・勧奨の取り組みにより年々重複投与者は減少傾向にある。 さらに適正な使用促進の強化が必要である。 							
効果があった 取組	<ul style="list-style-type: none"> 重複服薬を行っている被保険者に対して、国保連合会を通じて、文書等で適正受診を指導する。 通知を送付しても改善が認められない場合など、必要に応じて電話等により個別に適正受診を勧奨する。 							
課題・次期計画 の方向性	<ul style="list-style-type: none"> 国保事務共同化事業への参加を継続する。 							

評価	判定基準
A	目標達成
B	目標達成はしていないが、目標に近い成果あり
C	目標達成はしなかったが、効果あり
D	効果なし(悪化している)
E	評価困難

第2部

第3期データヘルス計画

1. 計画の趣旨

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」と掲げられました。またこれを受け、「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針」の一部が改正され、「市町村及び組合は(中略)健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。」と定められました。その後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、また、令和2年7月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)」において、データヘルス計画の標準化等の取り組みの推進が掲げられ、令和4年12月の経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革工程表2022」においては、データヘルス計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適切なKPI※の設定を推進するとの方針が示されました。このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取り組みの推進や評価指標の設定の推進が進められています。

市町村国保においては、幅広い年代の被保険者が存在するため、これらの年代の身体的な状況等に応じた健康課題を的確に捉え、課題に応じた保健事業を実施することにより、健康の保持増進、生活の質(QOL)の維持及び向上が図られ、結果として、医療費の適正化に資すると考えられます。本計画は、前期計画における実施結果等を踏まえ、PDCAサイクルに沿った保健事業の展開、達成すべき目標やその指標等を定めたものです。計画の推進に当たっては、医療介護分野における連携を強化し、地域の実情に根差したきめ細かな支援の実現を目指し、地域で一体となって被保険者を支える地域包括ケアの充実・強化に努めるものとします。

※KPI…Key Performance Indicatorの略称。重要業績評価指標。

2. 計画期間

本計画は、令和6(2024)年度から令和11(2029)年度までの6年計画とします。

3. 実施体制・関連計画との連携

(1) 実施体制

本計画を策定、推進するうえで、以下の担当課との連携を図るものとします。

部門	担当課等	役割
主担当	保険医療課	計画全体の調整、管理
庁内関係課	健康子ども課	保健事業の計画、実施、評価
県、外部機関	奈良県医療保険課	計画の方向性に関する情報提供や支援
	中和保健所	保健事業の実施に関する支援
	奈良県国民健康保険団体連合会	現状分析、計画策定、評価に関する支援
	奈良県後期高齢者医療広域連合	高齢者保健事業に関する支援

(2) 関連計画との連携

本計画策定においては、下記計画との整合性を図りながら、策定作業を進めました。また、各計画の推進状況を把握しながら、本計画を推進していきます。

計画名	担当課等	計画期間
第4期奈良県医療費適正化計画	奈良県医療保険課	令和6年度～令和11年度
特定健康診査実施計画	保険医療課	令和6年度～令和11年度
総合計画	政策推進課	平成30年度～令和9年度
健康増進計画	健康子ども課	令和6年度～令和10年度
食育基本計画		
介護保険事業計画	保険医療課	令和6年度～令和8年度

4. 共通指標について

今期計画より、奈良県では、県内保険者の比較や域内での健康状況を把握することを目的に、共通評価指標が設定されたことに伴い。本町においても、本計画の評価指標に当該共通指標を加え、推移を確認しながら取組を推進していくこととします。

◆データヘルス計画全体の指標

No.	目的	評価指標	目指す方向	出典
1	健康寿命の延伸	平均余命	+	KDB
2		平均自立期間(要介護2以上)	+	KDB
3	医療費の適正化	一人当たりの医科医療費(入院+外来) ※性・年齢調整値	-	KDB
4		一人当たりの歯科医療費 ※性・年齢調整値	-	KDB

◆個別保健事業における指標

No.	目的	取組	評価指標	目指す方向	出典
1	生活習慣病の発症予防	特定健康診査・特定保健指導	特定健康診査実施率	+(60%)	法定報告
2			特定保健指導実施率	+(60%)	法定報告
3			特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	+	法定報告
4			血糖の有所見者の割合 (保健指導判定値以上：HbA1c5.6以上)	-	KDB
5			血圧の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①収縮期血圧130mmHg以上 ②拡張期血圧85mmHg以上)	-	KDB
6			脂質の有所見者の割合 (保健指導判定値以上： ①HDLコレステロール40mg/dl未満 ②中性脂肪150mg/dl以上 ③LDLコレステロール120mg/dl以上)	-	KDB
7	【参考】 生活習慣病発症状況 モニタリング		糖尿病の受療割合(糖尿病のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
8			高血圧症の受療割合(高血圧のレセプトがある者)	総合的に判断	KDB
9	生活習慣病の重症化予防	生活習慣病の重症化予防対策	HbA1c8.0%以上の者の割合	-	KDB
10			新規人工透析導入患者数	-	国保連
11	医薬品の適正使用	適正受診・適正服薬の促進	同一月に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合(1以上の薬剤で重複処方を受けた者)	-	KDB
12			同一月に9以上の薬剤の処方を受けた者の割合	-	KDB
13	後発医薬品の使用	後発医薬品の使用促進	後発医薬品使用割合(数量ベース)	+	厚生労働省

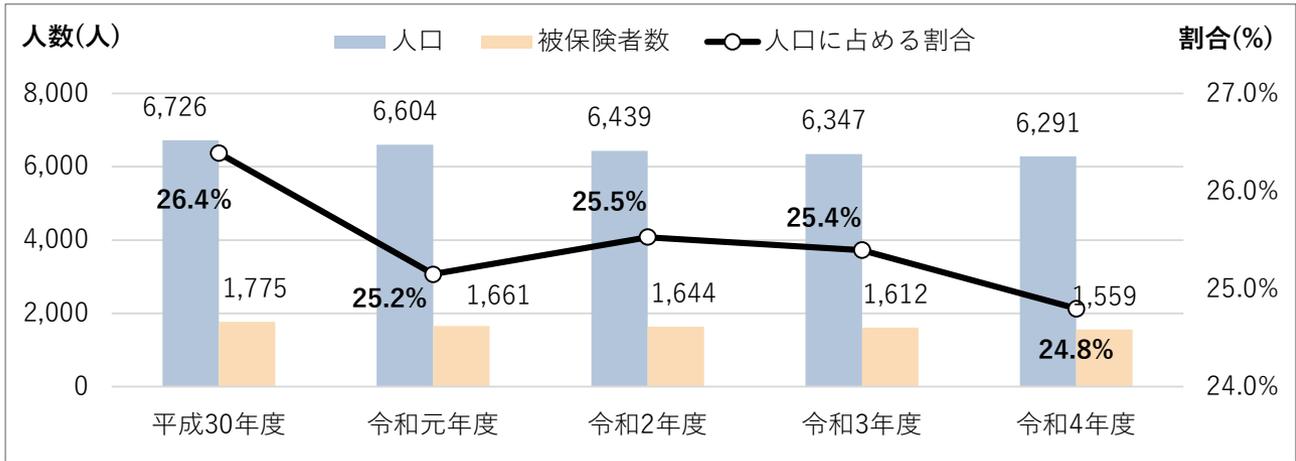
1. 保険者の特性

(1) 人口・被保険者の状況

以下は、本町の人口及び被保険者の状況です。

人口、被保険者数ともに年々減少傾向にあり、国保被保険者は65歳から加入率が大幅に高くなります。

図表1 人口及び被保険者数の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 平成30年度～令和3年度まで

被保険者数…奈良県国民健康保険運営方針(奈良県庁資料)

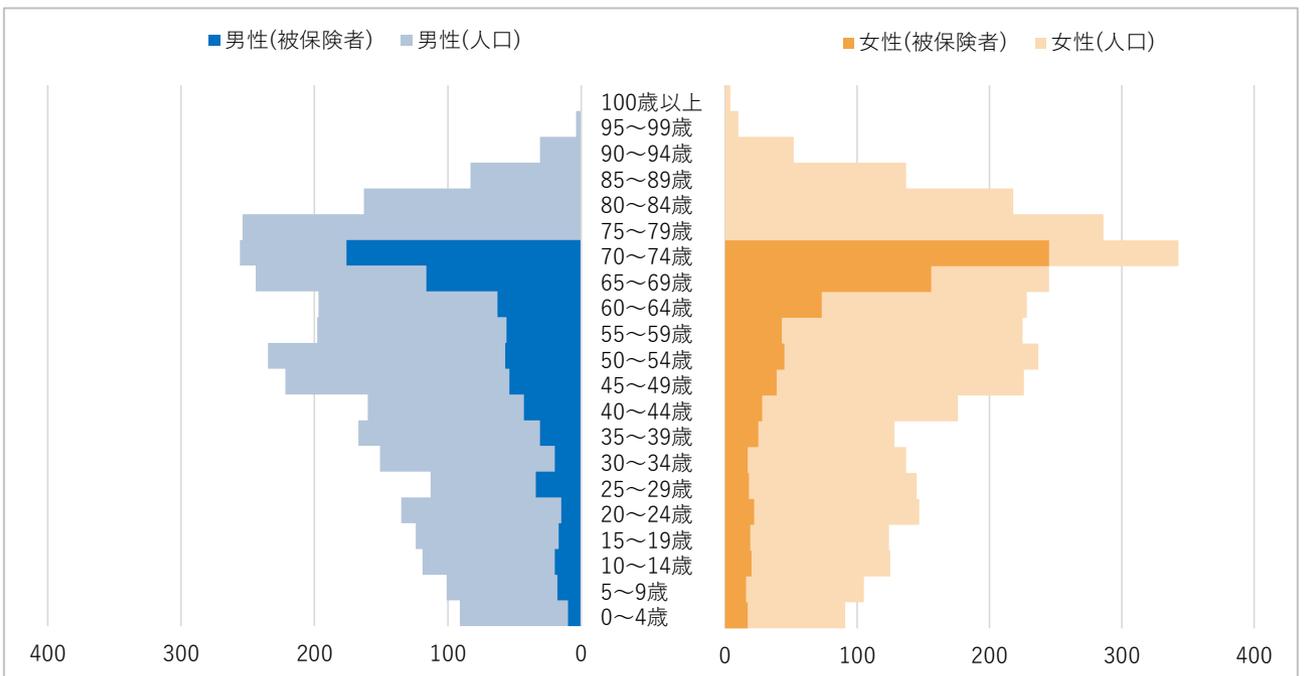
人口…市町村別10月1日現在推計人口(奈良県統計分析課)

令和4年度のみ

被保険者数…国民健康保険事業年報(厚生労働省)

人口…国民健康保険事業年報(厚生労働省)令和4年度は同年報に係る国への報告分(奈良県)

図表2 性別・年齢階層別の人口及び被保険者数(令和4年度)

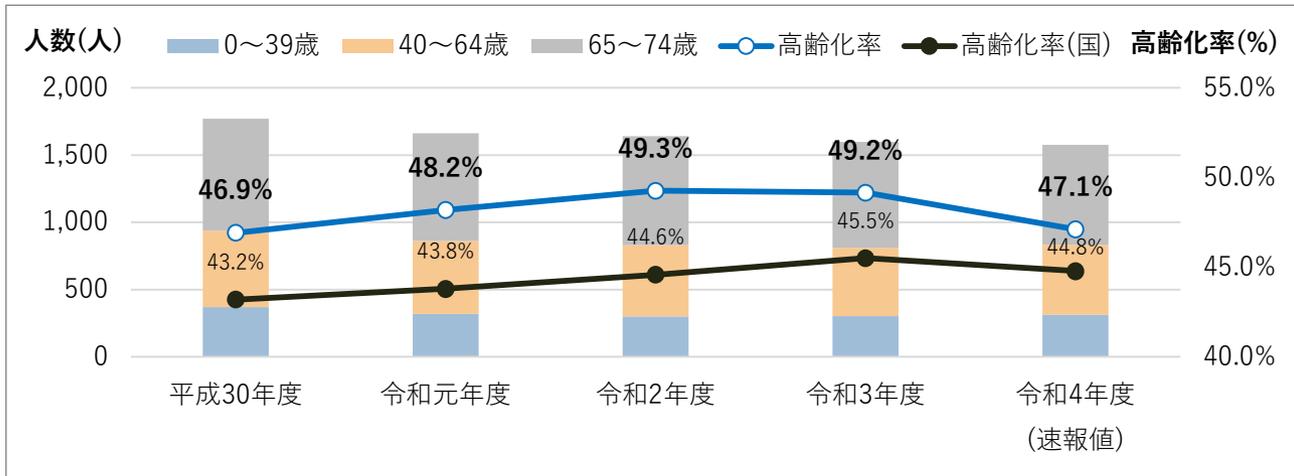


出典:国保データベース(KDB)システム「人口及び被保険者の状況」

以下は、本町の年齢階層別の国保被保険者分布及び高齢化率の推移です。

65歳以上の高齢者の割合は国よりも高く、50%前後で推移しており、国保被保険者の2人に1人は65歳以上の高齢者となっています。

図表3 年齢階層別の国保被保険者分布および高齢化率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 国民健康保険実態調査

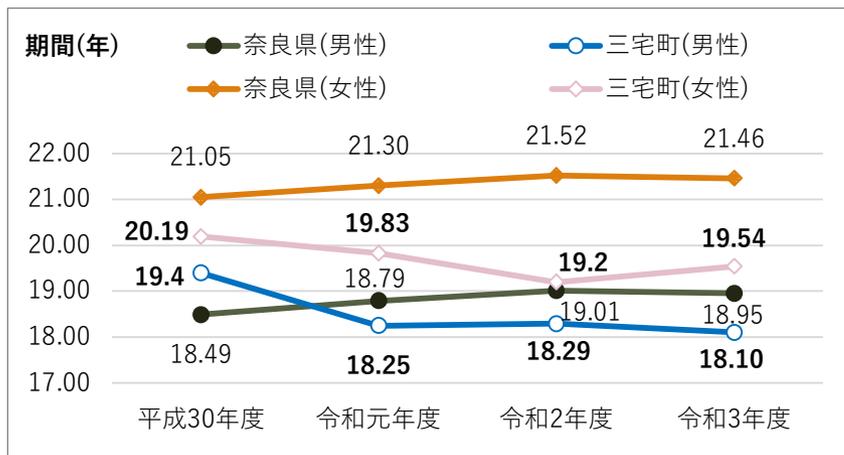
(2) 健康寿命及び要介護期間

①健康寿命(65歳平均自立期間)

以下は、本町の健康寿命(65歳平均自立期間)について、奈良県と比較したものです。「健康寿命(65歳平均自立期間)」とは、介護保険の要介護1までを健康な状態として、65歳の方が、健康で日常生活を支障なく送ることができる期間のことです。

本町の男性は、平成30年度は奈良県よりも長くなっていましたが、令和元年度以降は奈良県より短い期間で推移しています。女性は、平成30年度から奈良県より短い期間で推移しています。

図表4 健康寿命(65歳平均自立期間)の推移(平成30年度～令和3年度)



三宅町健康寿命県内順位		
	男性	女性
令和3年度	24	35
令和2年度	20	36
令和元年度	20	31
平成30年度	2	29

* 期間が長い順位
(期間が長い方が良い)

出典: 奈良県健康推進課

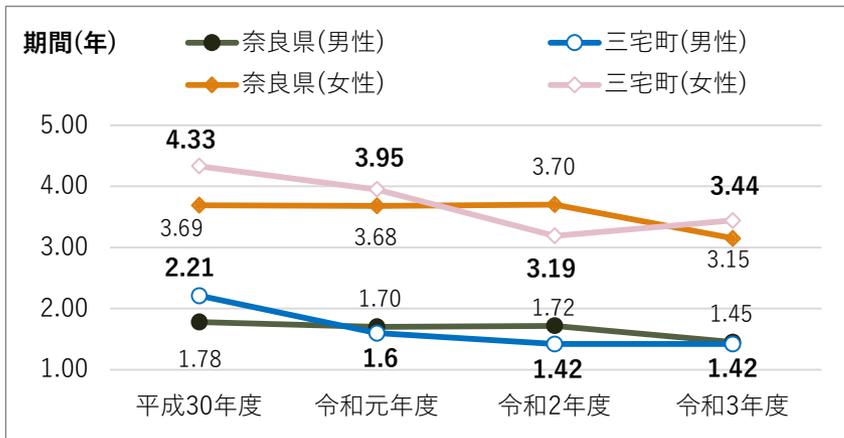
②65歳平均要介護期間

以下は、本町の65歳平均要介護期間について、奈良県と比較したものです。

「65歳平均要介護期間」とは、介護保険の要介護2以上の期間のことです。

本町の女性は令和2年度を除き奈良県より長くなっており、本町の男性は奈良県と同等の数値で推移しています。

図表5 65歳平均要介護期間の推移(平成30年度～令和3年度)



三宅町要介護期間県内順位		
	男性	女性
令和3年度	9	16
令和2年度	8	10
令和元年度	19	25
平成30年度	37	33

* 期間が短い順位
(期間が短い方が良い)

出典: 奈良県健康推進課

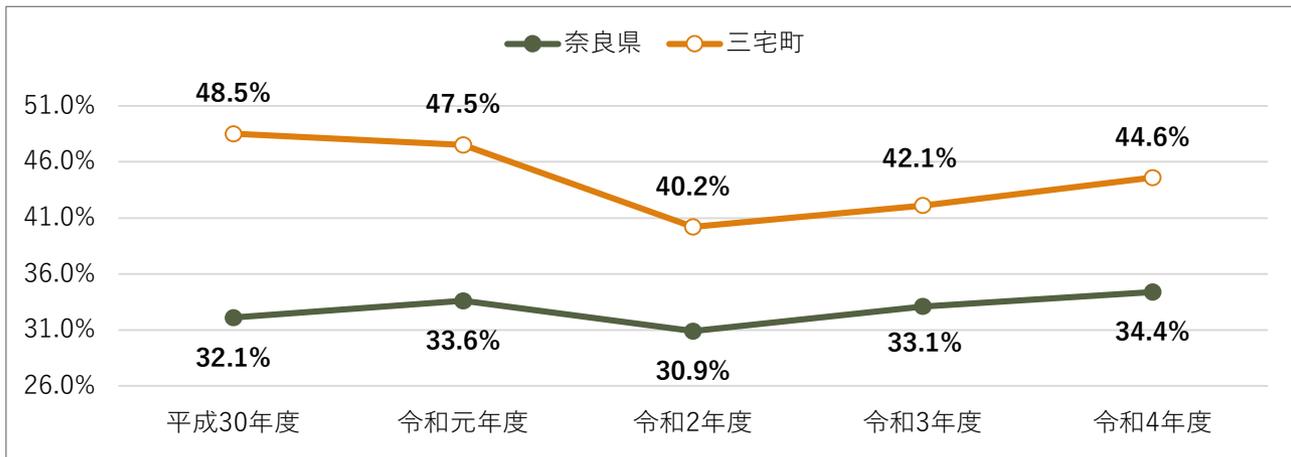
(4) 特定健康診査及び特定保健指導実施状況

①特定健康診査実施状況

以下は、本町における平成30年度以降の特定健康診査受診率の推移について、奈良県と比較したものです。

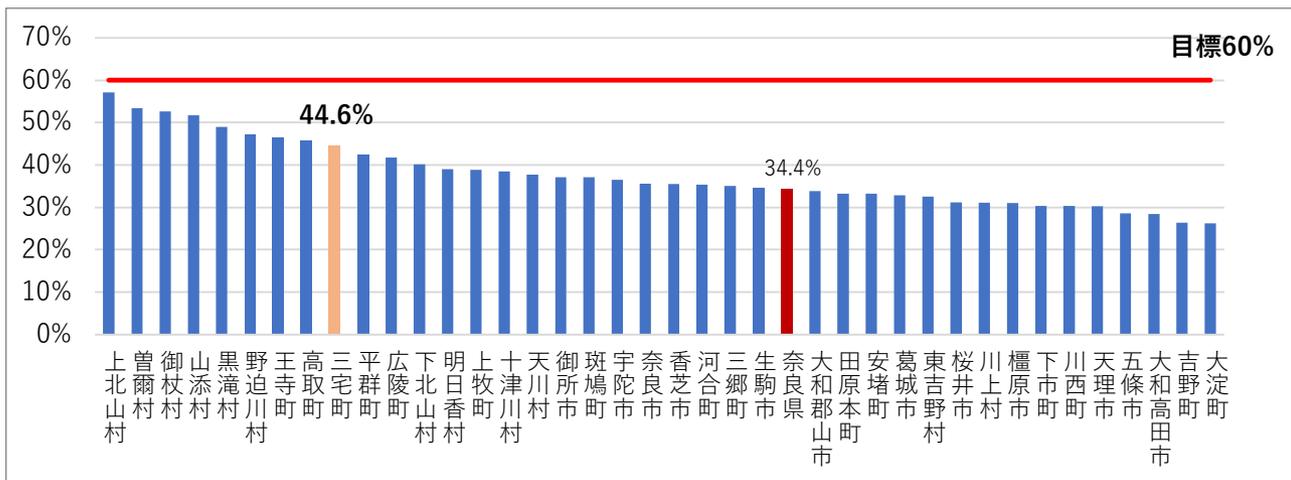
新型コロナウイルス感染症の影響を受け、令和2年度に急降下しています。令和3年度は本町、奈良県共に受診率が回復し、令和4年度も上昇傾向で、県内39市町村のなかでも上位に位置します。

図表6 特定健康診査受診率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

図表7 奈良県内市町村の特定健康診査受診率(令和4年度)

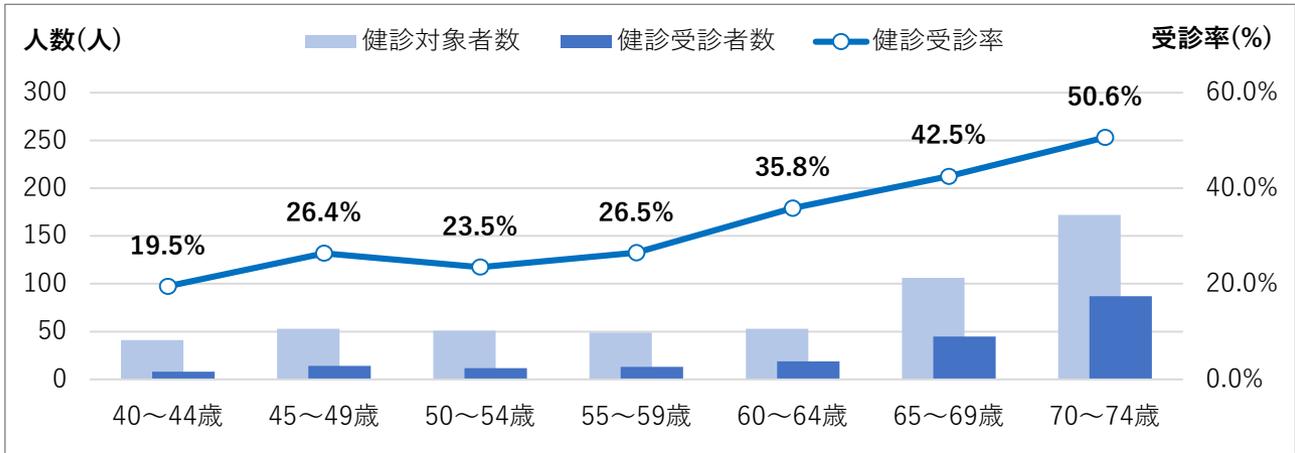


出典: 法定報告値

以下は、本町における性別・年齢階層別の特定健康診査受診率です。

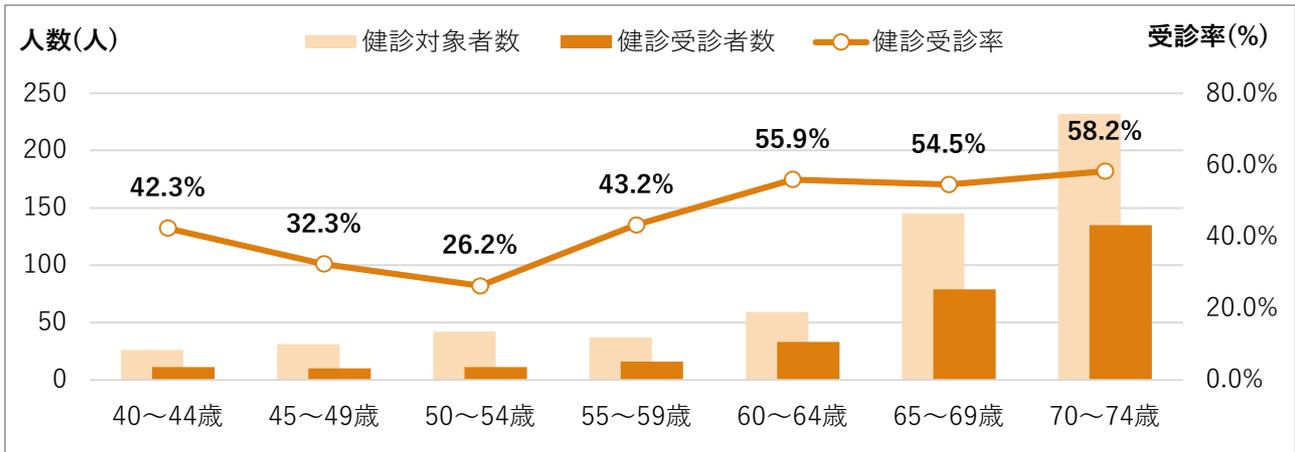
男女ともに加齢とともに受診率は高くなっていきますが、60歳未満の男性の受診率は20%前半で、受診率が低くなっています。

図表8 (男性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

図表9 (女性)年齢階層別特定健康診査受診率(令和4年度)



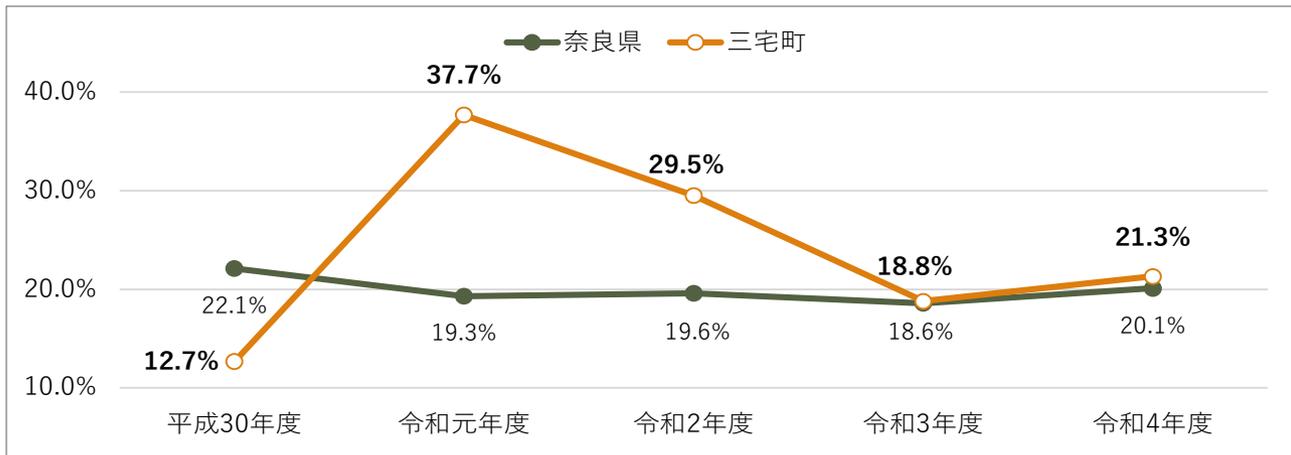
出典:国保データベース(KDB)システム「地域の全体像の把握」

(5) 特定保健指導実施状況

以下は、本町における平成30年度以降の特定保健指導実施率の推移について、奈良県と比較したものです。

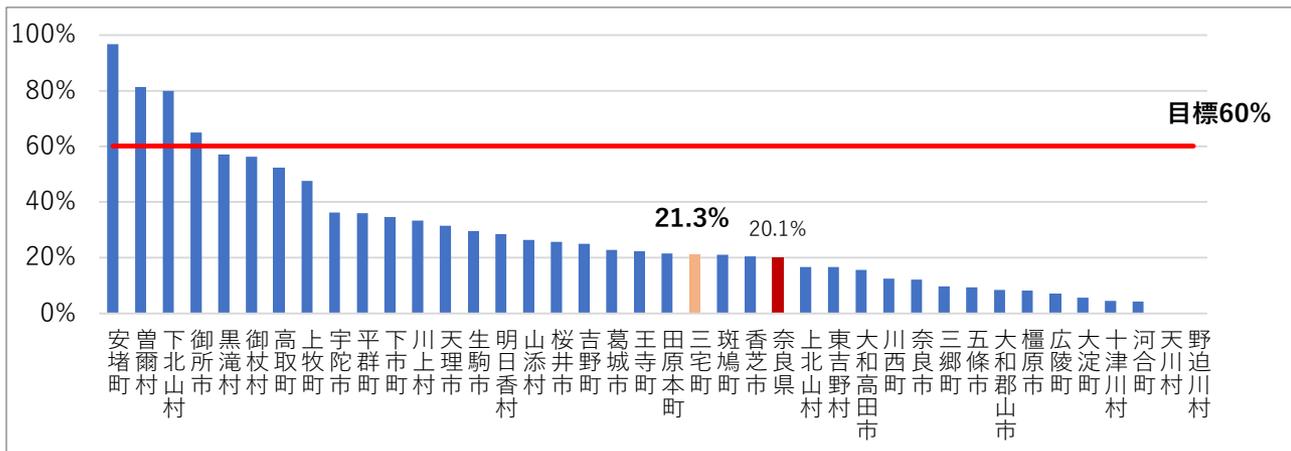
令和元年まで上昇傾向でしたが、令和2年度、令和3年度と新型コロナウイルス感染症の影響を受け、急降下しています。令和4年度はわずかに上昇しましたが、国の定めた目標60%とは大きな差があります。

図表10 特定保健指導実施率の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

図表11 奈良県内市町村の特定保健指導実施率(令和4年度)

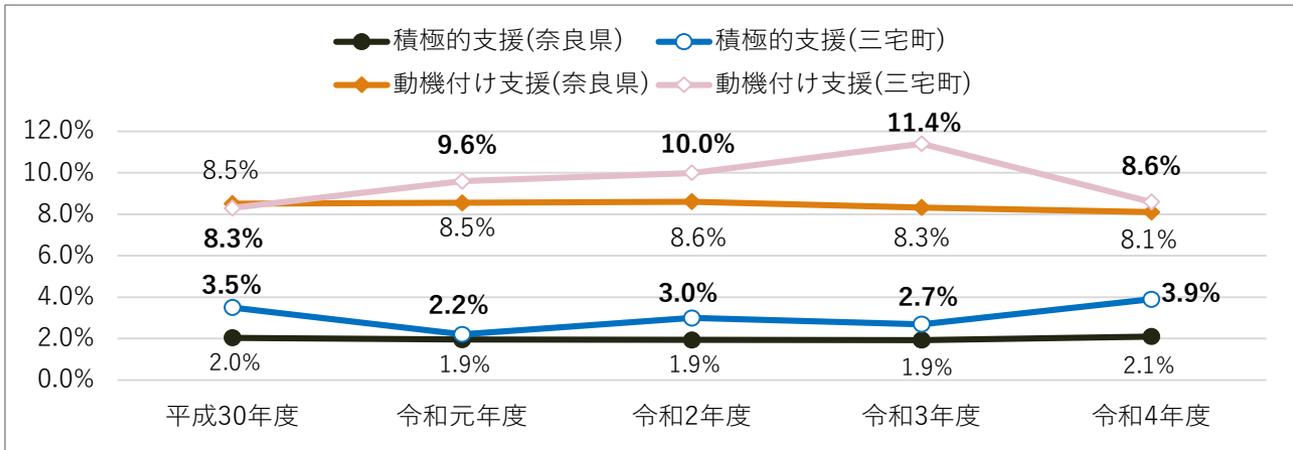


出典: 法定報告値

以下は、特定保健指導対象者割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、特定保健指導の該当者の割合は、積極的支援、動機づけ支援ともに、奈良県の値に近い値で、ほぼ横ばいに推移しています。

図表12 特定保健指導対象者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

(参考)特定保健指導対象者の選定基準

腹囲/BMI	追加リスク		喫煙歴(注)	対象		
	①血糖 ②脂質 ③血圧			40歳-64歳	65歳-74歳	
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当		あり	積極的支援	動機づけ支援	
	1つ該当					なし
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当		あり	積極的支援	動機づけ支援	
	2つ該当					なし
	1つ該当					

(注)喫煙歴の欄の斜線は、階層化の判定が喫煙歴の有無と無関係であることを意味する。

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖：空腹時血糖が100mg/dl以上 または HbA1c(NGSP値)5.6%以上

(空腹時血糖及びHbA1c(NGSP値)の両方を測定している場合には、空腹時血糖の値を優先。)

②脂質：空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむをえない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧：収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※特定保健指導では、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者については、対象から除いている。

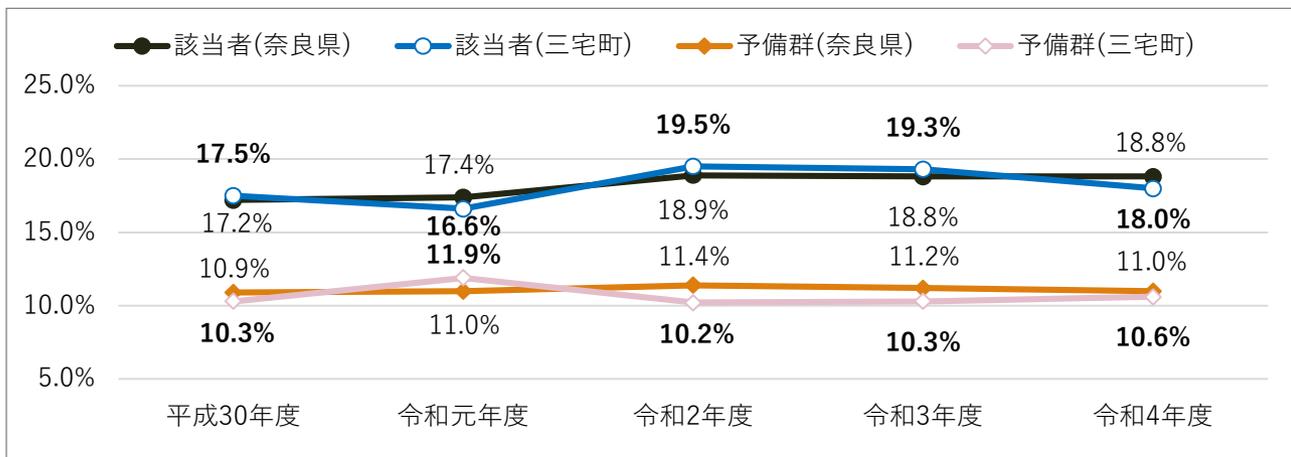
※65歳以上75歳未満の者については、動機づけ支援のみを行っている。

(6) メタボリックシンドローム

以下は、本町のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、メタボリックシンドロームの該当者、予備群ともに奈良県の値に近い値で、ほぼ横ばいに推移しています。

図表13 メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の推移
(平成30年度～令和4年度)



出典: 法定報告値

(参考)メタボリックシンドローム判定基準

腹囲	追加リスク(①血糖 ②脂質 ③血圧)	該当状況
≧85cm(男性)	2つ以上該当	メタボリックシンドローム基準該当者
≧90cm(女性)	1つ該当	メタボリックシンドローム予備群該当者

※追加リスクの基準値は以下のとおりである。

①血糖:空腹時血糖が110mg/dl以上

②脂質:中性脂肪150mg/dl以上 または HDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧:収縮期血圧130mmHg以上 または 拡張期血圧85mmHg以上

※糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者も対象となる。

(7) 特定健康診査結果

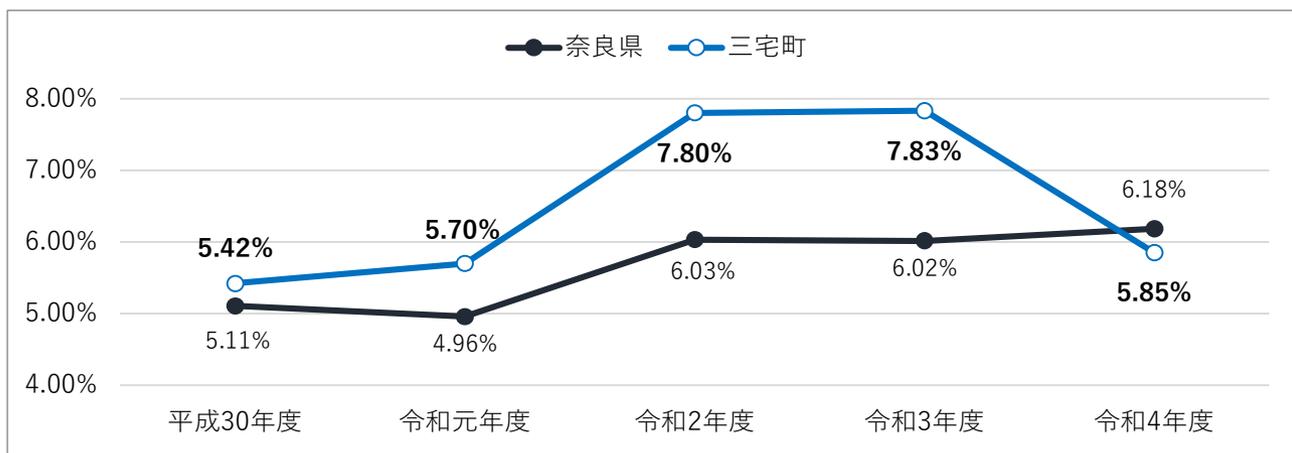
① 血圧

血圧には収縮期血圧(最大血圧)と拡張期血圧(最小血圧)があり、それぞれにおける正常血圧(収縮期血圧<120mmHg、拡張期血圧<80mmHg)より高くなっている状態は高血圧と言われ、収縮期血圧140mmHg及び拡張期血圧90mmHg以上になると、医療機関への受診勧奨の対象になっています。

以下は、特定健康診査の結果、Ⅱ度高血圧に該当する収縮期血圧160mmHg/拡張期血圧100mmHg以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

特定健康診査受診者のうち、Ⅱ度高血圧以上に該当する者の割合は、奈良県よりも高い水準での推移ですが、下降傾向にあります。

図表14 血圧160/100mmHg以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)成人における血圧値の分類

分類	診察室血圧(mmHg)			家庭血圧(mmHg)		
	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧	収縮期血圧	かつ	拡張期血圧
正常血圧	<120	かつ	<80	<115	かつ	<75
正常高値血圧	120-129	かつ	<80	115-124	かつ	<75
高値血圧	130-139	かつ/または	80-89	125-134	かつ/または	75-84
I度高血圧	140-159	かつ/または	90-99	135-144	かつ/または	85-89
Ⅱ度高血圧	160-179	かつ/または	100-109	145-159	かつ/または	90-99
Ⅲ度高血圧	≧180	かつ/または	≧110	≧160	かつ/または	≧100
(孤立性)収縮期高血圧	≧140	かつ	<90	≧135	かつ	<85

出典: 日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」

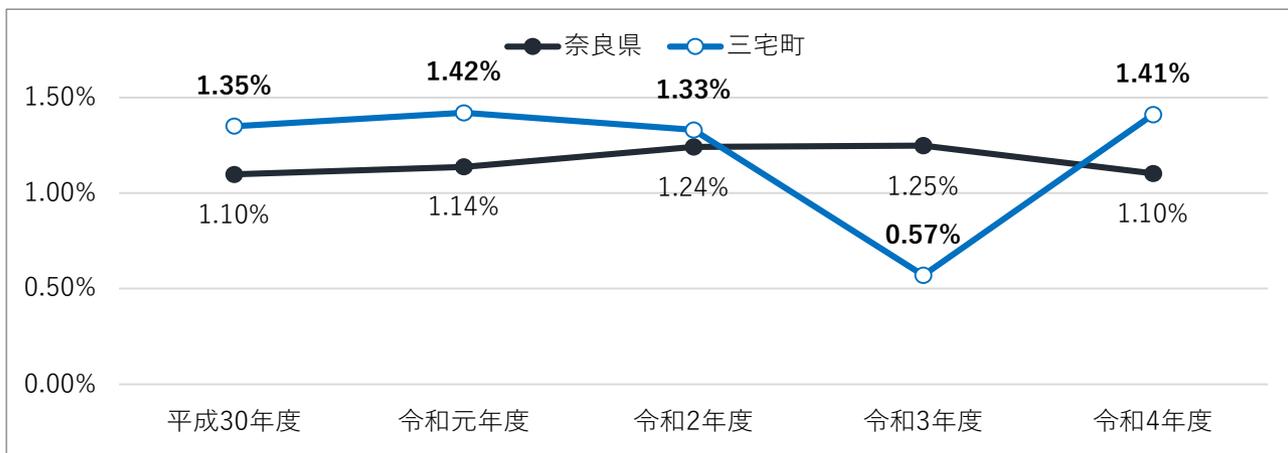
②HbA1c(NGSP)

HbA1cはヘモグロビン・エー・ワン・シーと読み、糖尿病の指標になる重要な数値であり、6.5%以上は糖尿病が疑われる値で、7.0%以上の状態を放置しておくとな数年後には8.0%以上になり、合併症(神経障害、網膜症、腎症)が進みやすくなります。

以下は、特定健康診査の結果、HbA1c7.0%以上及び8.0%以上の対象者の割合の推移について、奈良県と比較したものです。

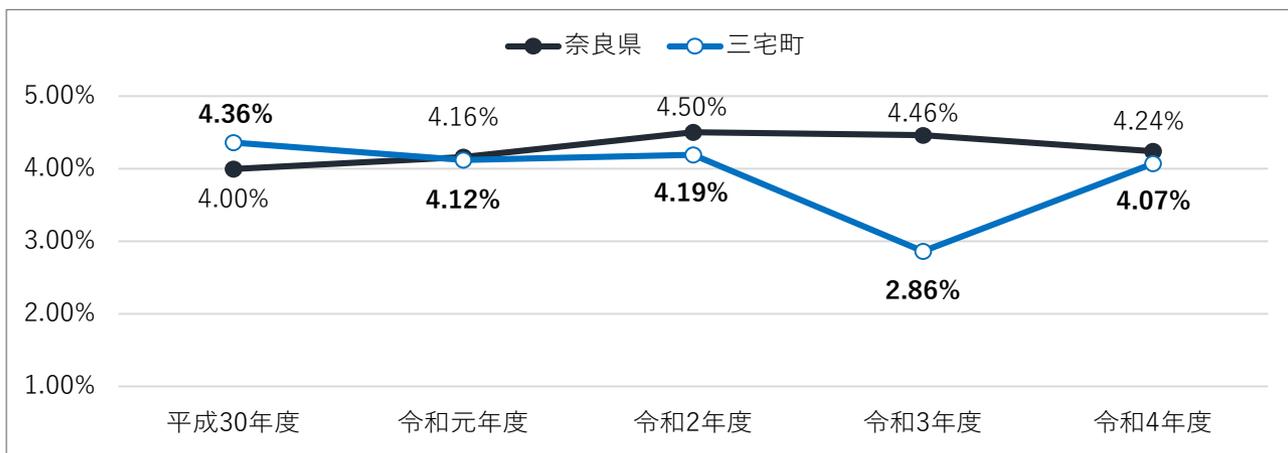
以下は、特定健康診査受診者のうち、HbA1c7.0%以上の該当者、8.0%以上の該当者の割合の推移になりますが、HbA1c8.0%以上の該当者割合は、令和2年度まで奈良県とほぼ同値でしたが、令和3年度は、一時的に奈良県より低くなり、令和4年度は元に戻っています。HbA1c7.0%以上の該当者割合は、令和元年度から令和4年度は奈良県より低くなっており、令和3年度は5年間の中で一番低くなっています。

図表15 HbA1c8.0%以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表16 HbA1c7.0%以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



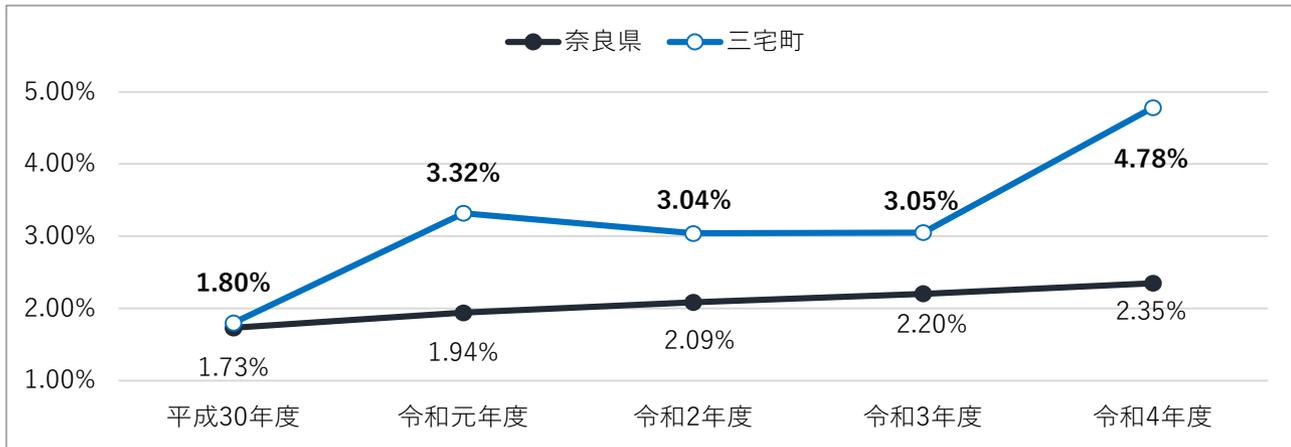
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

③eGFR

eGFR(推算糸球体濾過量)とは、腎機能を表す指標で、腎臓に、どれくらい老廃物を尿へ排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。正常値は60ml/分/1.73m²以上になりますが、低下していくと、CKD(慢性腎臓病)の発症リスクが高くなり、発症後に重症化すると人工透析または腎移植が必要な腎不全に陥ることがあります。

以下は、特定健康診査受診者のうち、eGFR45ml/分/1.73m²未満の該当者の割合の推移になりますが、平成30年度以降は奈良県よりも高い値で推移しています。

図表17 eGFR45ml/分/1.73m²未満の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(参考)CKDの重症度分類(CKD診療ガイドライン2012)

原疾患	尿蛋白区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿
		30未満	30~299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	正常	軽度尿蛋白	高度尿蛋白
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90		
	G2	正常または軽度低下	60~89		
	G3a	軽度~中等度低下	45~59		
	G3b	中等度~高度低下	30~44		
	G4	高度低下	15~29		
	G5	末期腎不全(ESKD)	< 15		

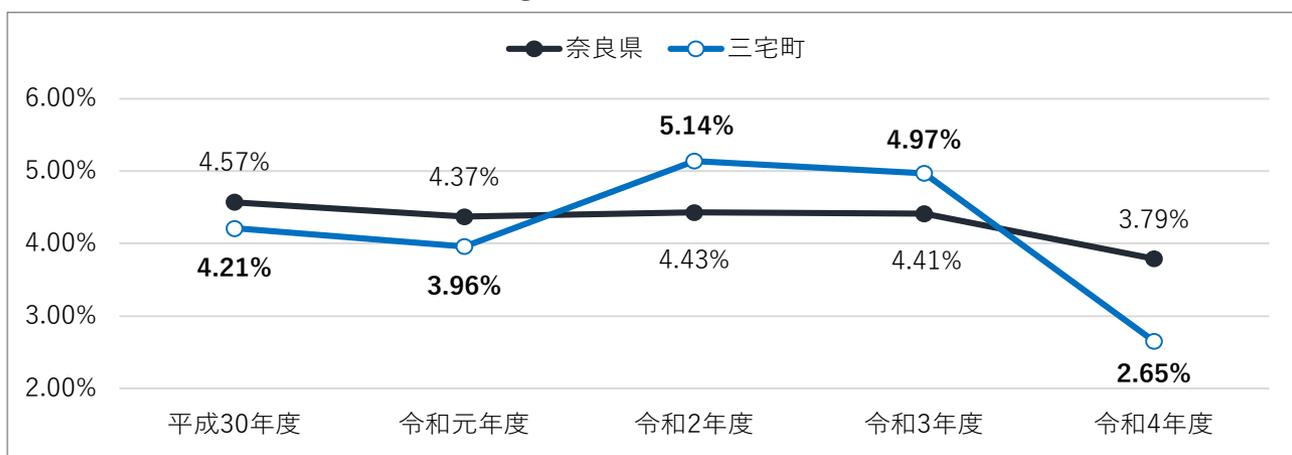
重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。
出典: 日本腎臓学会「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」

④脂質異常症

脂質の異常には、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪の血中濃度の異常がありますが、これらはいずれも、動脈硬化の促進と関連しているといわれます。メタボリックシンドロームの診断基準に用いられる脂質の指標は、HDLコレステロールと中性脂肪ですが、LDLコレステロールは単独でも強力に動脈硬化を進行させるため注意が必要です。LDLコレステロールの正常範囲は140mg/dl未満で、180mg/dL以上になると心筋梗塞や狭心症への発症リスクが高まり、また、中性脂肪の正常範囲は空腹時150mg/dL未満、非空腹時175mg/dL未満で、500mg/dL以上になると、この状態を放置しておくると急性膵炎の発症リスクが高くなります。

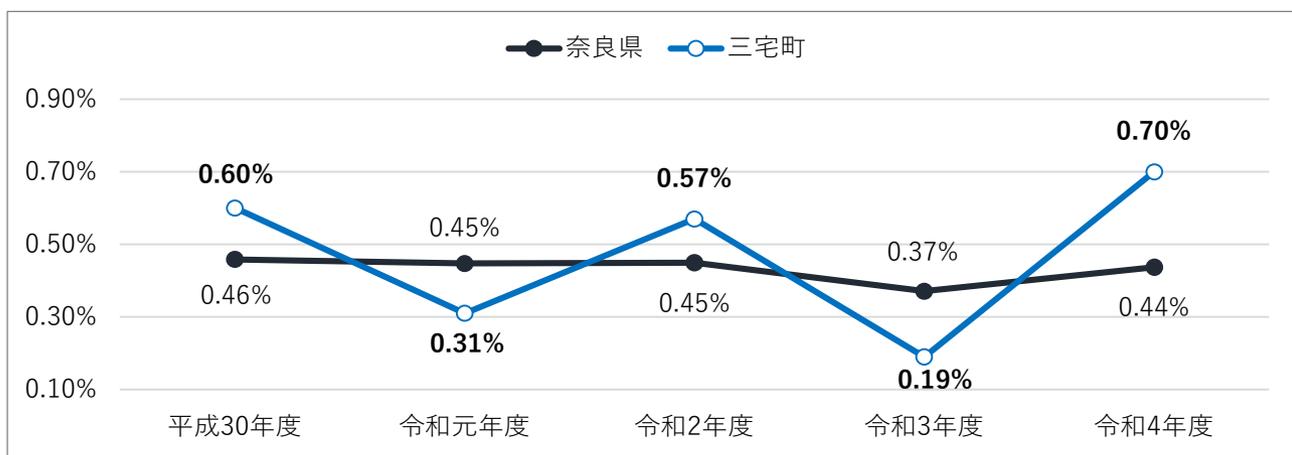
以下は、LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者と中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移を示しています。LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者の割合は、令和4年度は、奈良県よりも低い水準で推移しています。また、中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合は、令和3年度で急降下して、奈良県より低い値となりましたが、令和4年度は上昇し奈良県より高い値となっています。

図表18 LDLコレステロール180mg/dl以上の該当者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表19 中性脂肪500mg/dl以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



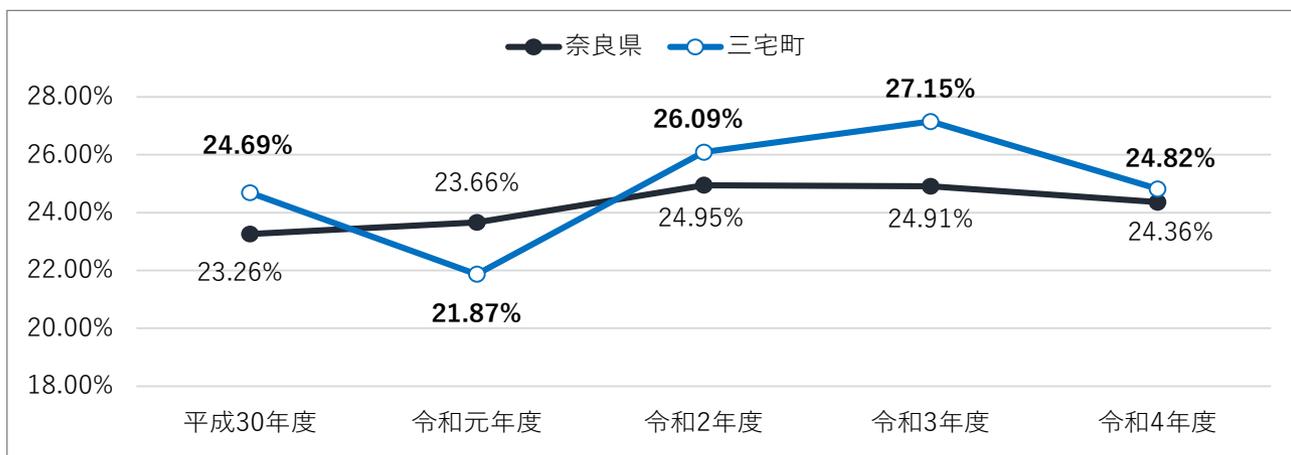
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

⑤ BMI及び腹囲

BMIはBody Mass Index(ボディ・マス・インデックス)の略称で、計算式は[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で肥満や低体重(やせ)の判定として用いられており、BMIが22になるときの体重が標準体重で、最も病気になりにくい状態であるとされている一方で、25を超えると脂質異常症や糖尿病、高血圧などの生活習慣病のリスクが2倍以上になり、30を超えると高度な肥満としてより積極的な減量治療を要するものとされています。腹囲は内臓脂肪(腸の周りに脂肪が過剰に蓄積した状態)の増加を判定する指標として用いられ、男性85cm未満、女性90cm未満が基準値になります。

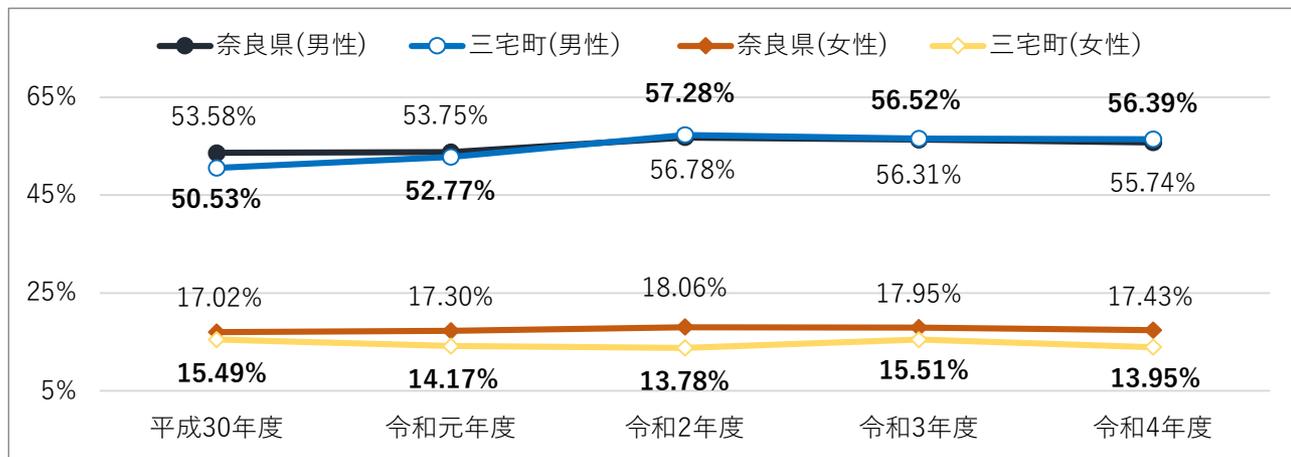
以下は、BMI25以上の該当者と腹囲が基準値以上の該当者の割合の推移を示しています。BMI25以上の該当者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しており、また、令和3年度より減少傾向にあります。一方、腹囲が基準値以上の該当者の割合は、ほぼ奈良県と同水準で横ばいに推移しています。

図表20 BMI25以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表21 (男性)腹囲85cm以上、(女性)腹囲90cm以上の該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



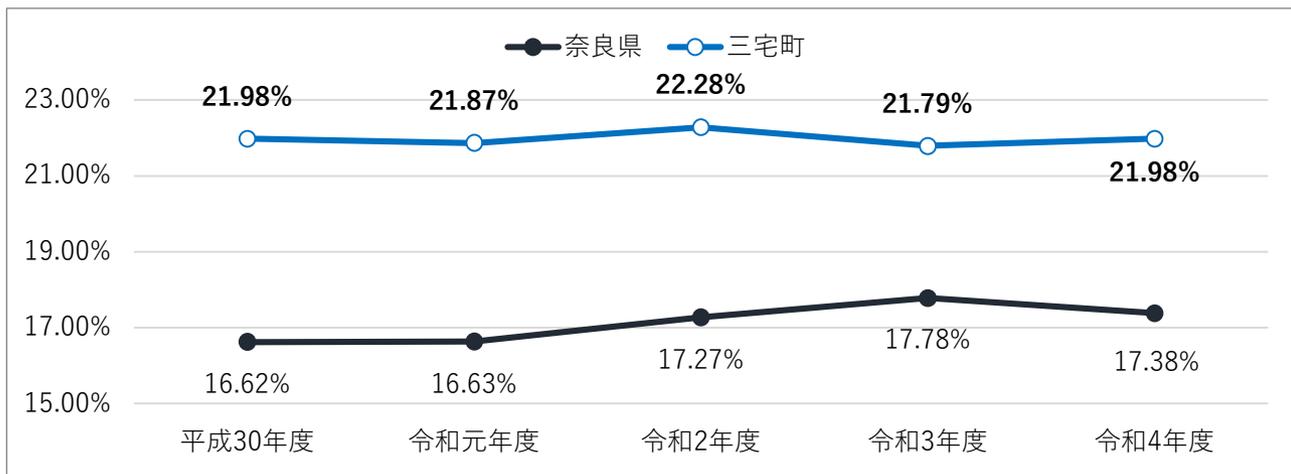
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

⑥咀嚼

口腔機能に検査に着目し、平成30年度から特定健康診査の質問票に「食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。」という質問が新規で設定されました。う蝕(むし歯)、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能や口腔機能が低下すると、野菜の摂取は減少し、脂質やエネルギー摂取が増加することで、生活習慣病のリスクが高まることが指摘されており、逆に、何でもかんで食べられると、バランスよく食事をとることができるだけでなく、唾液の分泌量が増加するため、消化吸収の促進、味覚の増進等にも有効であるといわれています。

以下は、当該質問項目において「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」、「ほとんどかめない」と回答された、咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移を示しています。咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合は、奈良県よりも高い水準で推移しています。

図表22 咀嚼機能に問題があると思われる該当者の割合の推移(平成30年度～令和4年度)



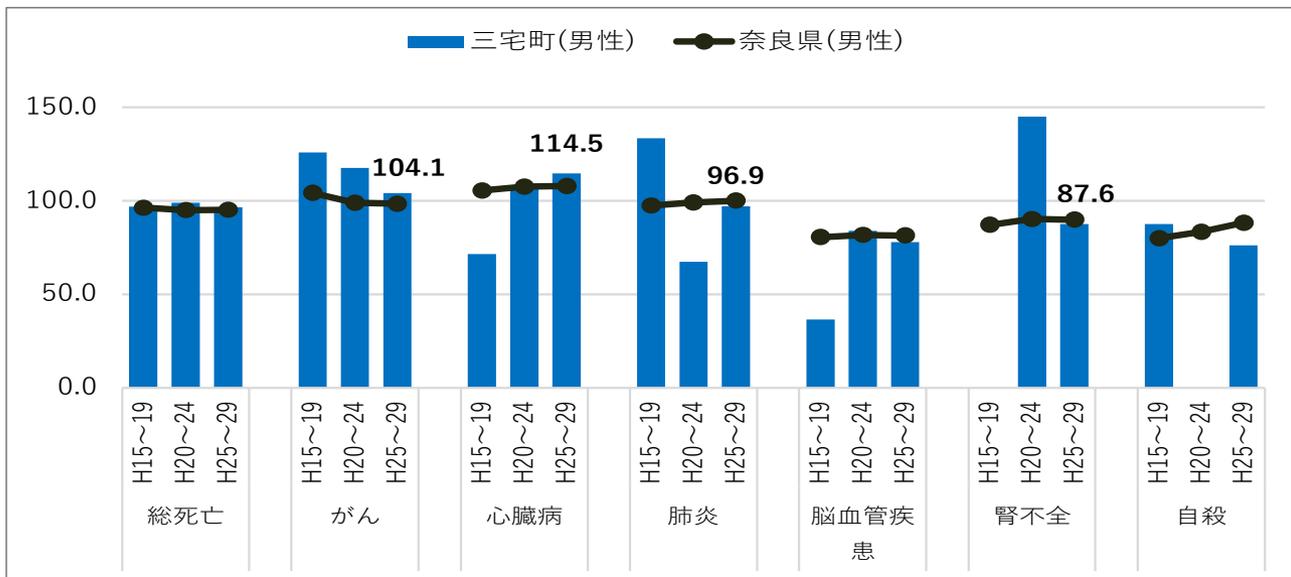
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(8) 標準化死亡比

以下は、主要疾病における標準化死亡比(国100に対する年齢を考慮した死亡率の比)の推移を示したものです。

平成25年～29年度は、男性は心臓病が最も高く114以上となっており、女性、心臓病で110以上となっています。男性では、がん、肺炎、腎不全も高く、女性では、脳血管疾患が高い数値になっています。

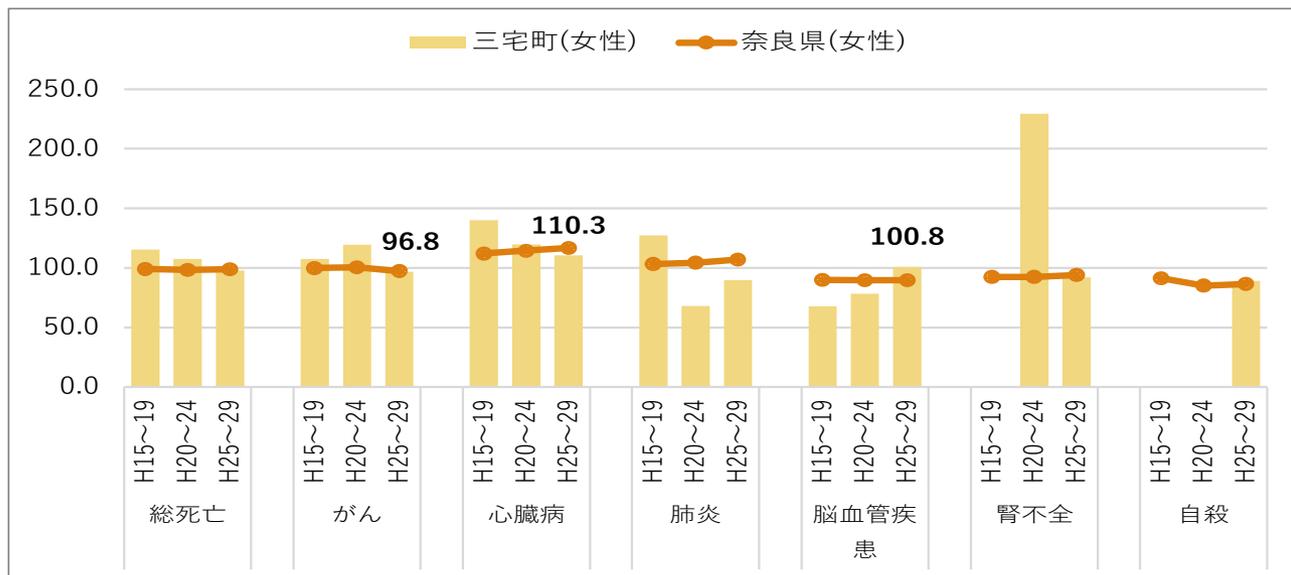
図表23 (男性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典: 厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

※該当データがないグラフは空白とする

図表24 (女性)主要疾病標準化死亡比の推移



出典: 厚生労働省「人口動態保健所・市区町村別統計」

※該当データがないグラフは空白とする

2. 健康・医療情報等の分析

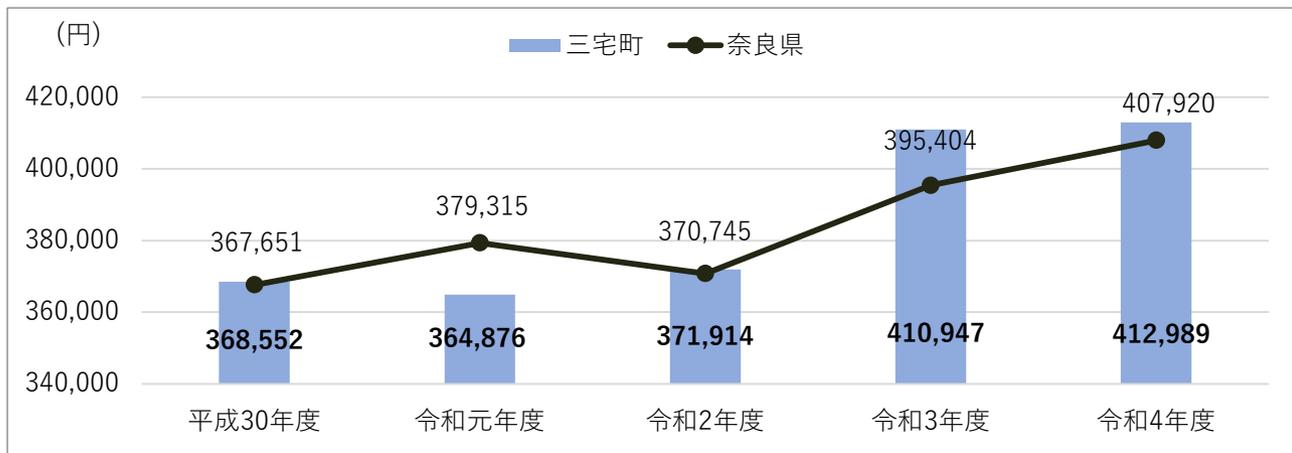
(1) 医療費の状況

①被保険者一人当たり医療費

以下は、本町の被保険者一人当たり医療費の推移について、奈良県と比較したものです。

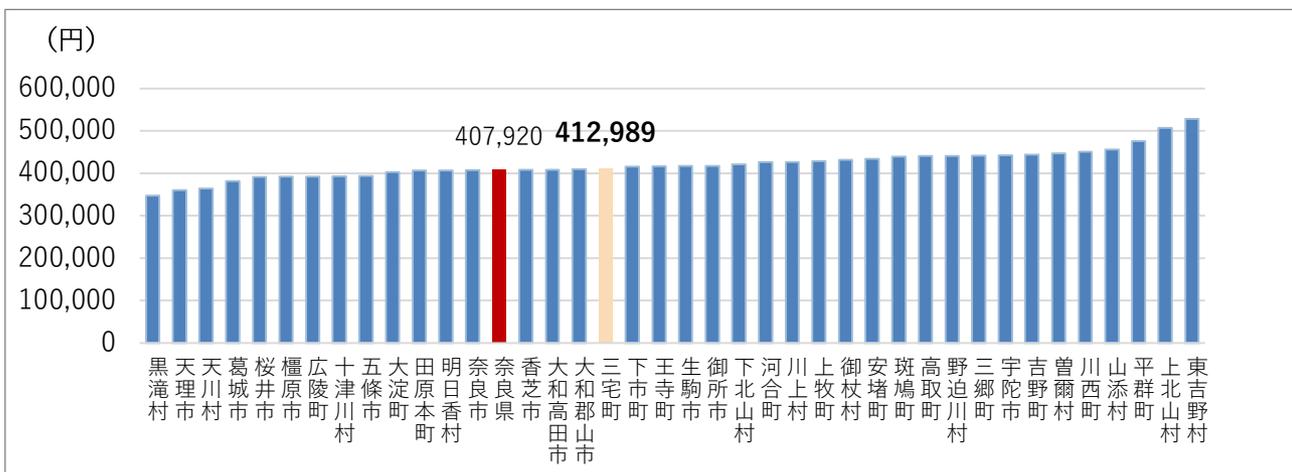
本町の被保険者一人当たり医療費は、新型コロナウイルス感染症の影響を受けた令和2年度は微増で、奈良県とほぼ同程度でしたが、令和3年度には増加し、奈良県より高い水準で推移しています。

図表25 被保険者一人当たり医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 厚生労働省「国民健康保険事業年報」
令和4年度のみ速報値

図表26 奈良県内市町村の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



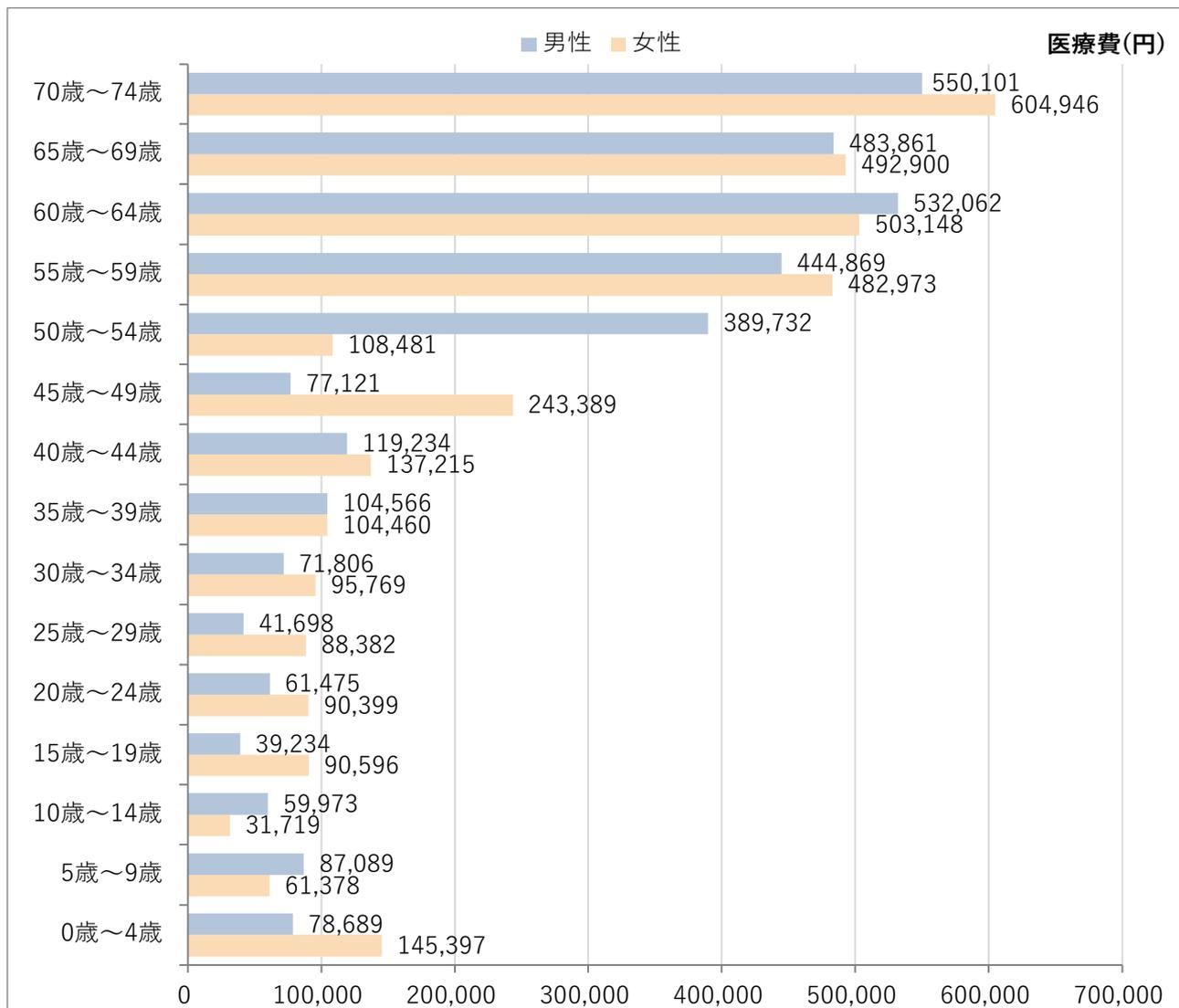
出典: 厚生労働省「国民健康保険事業年報」

②性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費

以下は、本町の性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費を示したものです。

男性、女性ともに、加齢に伴い医療費が増加する傾向にあり、男性は50歳以上から、女性は55歳以上からの伸び率が高くなっています。

図表27 性別・年齢階層別の被保険者一人当たり医療費(令和4年度)



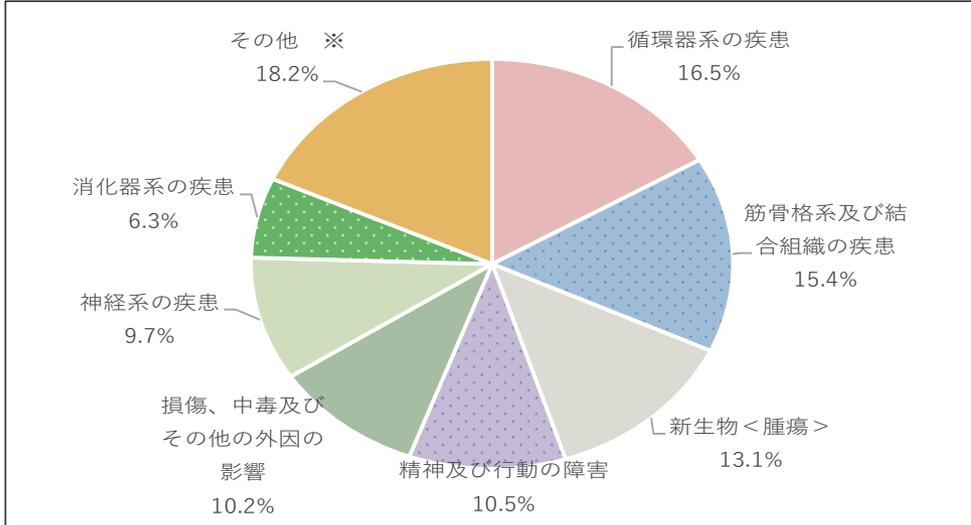
出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(大分類)」

(2) 疾病分類別医療費

以下は、本町における入院の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「循環器系の疾患」の構成比が16.5%で最も高く、細小分類別では「不整脈」「脳梗塞」の割合が高くなっています。大分類別で「筋骨格系及び結合組織の疾患」の構成比も15.4%で高く、細小分類別では「関節疾患」が高くなっています。

図表28 大分類別医療費構成比(入院) (令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表29 大・中・細小分類別分析(入院) (令和4年度)

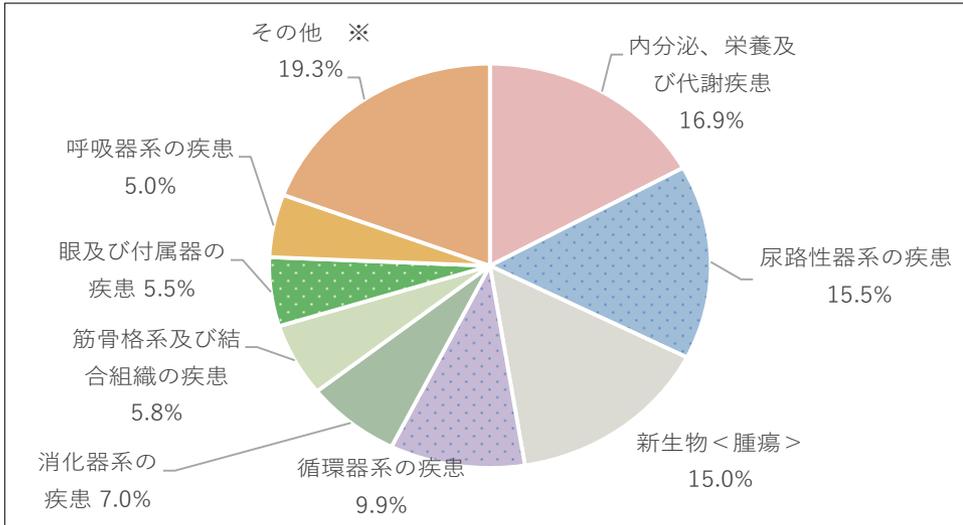
順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析
1	循環器系の疾患 16.5%	その他の脳血管疾患 4.7%	
		その他の心疾患 4.0%	不整脈 2.2%
		脳梗塞 3.1%	脳梗塞 3.1%
2	筋骨格系及び結合組織の疾患 15.4%	その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 4.8%	
		脊椎障害(脊椎症を含む) 4.1%	
		関節症 4.1%	関節疾患 4.1%
3	新生物<腫瘍> 13.1%	その他の悪性新生物<腫瘍> 4.6%	膵臓がん 0.9%
			喉頭がん 0.8%
		良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍> 2.5%	前立腺がん 0.7%
			卵巣腫瘍(良性) 0.5%
		胃の悪性新生物<腫瘍> 1.4%	胃がん 1.4%
4	精神及び行動の障害 10.5%	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 9.2%	統合失調症 9.2%
		精神作用物質使用による精神及び行動の障害 1.3%	
		血管性及び詳細不明の認知症 0.0%	

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」
 ※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本町における外来の疾病分類別医療費の状況を示したものです。

大分類別は「内分泌、栄養及び代謝疾患」の構成比が16.9%で最も高く、細小分類別では「糖尿病」「脂質異常症」の割合が高くなっています。大分類別で「尿路器系の疾患」の構成比も高く、細小分類別では「慢性腎臓病（透析あり）」の割合が高くなっています。

図表30 大分類別医療費構成比(外来) (令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※その他…総医療費に占める割合が5%未満の疾病を集約。

図表31 大・中・細小分類別分析(外来) (令和4年度)

順位	大分類別分析	中分類別分析	細小分類分析	
1	内分泌、栄養及び代謝疾患 16.9%	糖尿病	10.0%	糖尿病 9.7%
		脂質異常症	4.9%	糖尿病網膜症 0.8%
		その他の内分泌、栄養及び代謝障害	0.8%	脂質異常症 4.9%
				痛風・高尿酸血症 0.1%
2	尿路器系の疾患 15.5%	腎不全	13.2%	慢性腎臓病（透析あり） 11.3%
		その他の腎尿路系の疾患	1.0%	慢性腎臓病（透析なし） 0.2%
		乳房及びその他の女性生殖器の疾患	0.5%	
3	新生物<腫瘍> 15.0%	その他の悪性新生物<腫瘍>	3.8%	膀胱がん 1.8%
		乳房の悪性新生物<腫瘍>	3.4%	前立腺がん 1.0%
		良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	3.2%	膵臓がん 0.4%
				乳がん 3.4%
4	循環器系の疾患 9.9%	高血圧性疾患	4.9%	子宮筋腫 0.2%
		その他の心疾患	3.4%	高血圧症 4.9%
		虚血性心疾患	0.7%	狭心症 0.6%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※疾病中分類に紐づく細小分類が存在しない場合、空白としている。

以下は、本町における細小分類別の医療費の状況を示したものです。

細小分類別による医療費が高い上位10疾病に、「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」が入っており、当該3疾病で6千万円(10.8%)になります。生活習慣の影響で重篤化する「慢性腎臓病(透析あり)」や「不整脈」も上位に挙がっています。

図表32 細小分類による医療費上位10疾病(令和4年度)

順位	細小分類別疾患	医療費(円)	割合(%) ※
1	慢性腎臓病(透析あり)	44,939,610	7.8%
2	糖尿病	31,373,940	5.5%
3	統合失調症	28,097,730	4.9%
4	関節疾患	22,118,870	3.9%
5	骨折	21,262,710	3.7%
6	高血圧症	15,400,060	2.7%
7	脂質異常症	15,277,670	2.7%
8	大腸がん	13,260,540	2.3%
9	不整脈	12,680,870	2.2%
10	乳がん	10,990,490	1.9%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(2)大、中、細小分類」

※割合…総医療費に占める割合。

※細小分類のうち、「その他」及び「小児科」については上位10疾病の対象外としている。

(3) 生活習慣病等疾病別医療費

以下は、本町における生活習慣病等疾病別の医療費の状況を示したものです。

入院・外来ともに、医療費が高いのは「がん」となっています。

「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」は、外来において医療費、レセプト件数の割合が比較的高くなっており、当該3疾病の影響により重症化が加速するとされる「脳梗塞」「狭心症」は入院において医療費が高くなっています。

図表33 生活習慣病等疾病別医療費統計(入院)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	1,419,440	0.5%	7	6	1.4%	5	236,573	8
高血圧症	153,610	0.1%	9	2	0.5%	6	76,805	9
脂質異常症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
高尿酸血症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
脂肪肝	447,050	0.2%	8	1	0.2%	9	447,050	6
動脈硬化症	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
脳出血	0	0.0%	10	0	0.0%	10	0	10
脳梗塞	8,186,790	3.2%	4	7	1.7%	4	1,169,541	2
狭心症	3,712,940	1.4%	5	2	0.5%	6	1,856,470	1
心筋梗塞	2,057,270	0.8%	6	2	0.5%	6	1,028,635	3
がん	34,509,170	13.3%	2	49	11.8%	3	704,269	5
筋・骨格	40,632,770	15.7%	1	55	13.3%	2	738,778	4
精神	27,719,670	10.7%	3	76	18.3%	1	364,733	7
その他(上記以外のもの)	140,748,550	54.2%	/	215	51.8%	/	654,644	/
合計	259,587,260	/	/	415	/	/	625,511	/

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

図表34 生活習慣病等疾病別医療費統計(外来)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	31,892,130	10.3%	2	1,091	8.3%	4	29,232	3
高血圧症	15,246,450	4.9%	5	1,321	10.0%	2	11,542	11
脂質異常症	15,277,670	4.9%	4	1,187	9.0%	3	12,871	10
高尿酸血症	221,750	0.1%	11	30	0.2%	10	7,392	13
脂肪肝	536,970	0.2%	9	33	0.3%	9	16,272	8
動脈硬化症	37,130	0.0%	13	4	0.0%	12	9,283	12
脳出血	58,140	0.0%	12	3	0.0%	13	19,380	5
脳梗塞	1,342,780	0.4%	8	77	0.6%	8	17,439	6
狭心症	1,740,570	0.6%	7	83	0.6%	7	20,971	4
心筋梗塞	304,170	0.1%	10	6	0.0%	11	50,695	2
がん	46,364,430	15.0%	1	461	3.5%	6	100,574	1
筋・骨格	18,076,260	5.9%	3	1,336	10.1%	1	13,530	9
精神	10,556,360	3.4%	6	619	4.7%	5	17,054	7
その他(上記以外のもの)	167,327,330	54.2%	/	6,916	52.5%	/	24,194	/
合計	308,982,140	/	/	13,167	/	/	23,466	/

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

入院・外来の合計で見ると、最も医療費が高いのは「がん」で、次いで「筋・骨格」、「精神」の順となっています。レセプト件数では、「筋・骨格」が最も多く、次いで「高血圧症」、「脂質異常症」、「糖尿病」となっています。レセプト一件当たりの医療費では、「心筋梗塞」、「脳梗塞」、「がん」が高くなっています。

図表35 生活習慣病等疾病別医療費統計(入外合計)(令和4年度)

疾病分類	医療費(円)	構成比(%)	順位	レセプト件数(件)	構成比(%)	順位	レセプト一件当たりの医療費(円)	順位
糖尿病	33,311,570	5.9%	4	1,097	8.1%	4	30,366	7
高血圧症	15,400,060	2.7%	5	1,323	9.7%	2	11,640	11
脂質異常症	15,277,670	2.7%	6	1,187	8.7%	3	12,871	10
高尿酸血症	221,750	0.0%	11	30	0.2%	10	7,392	13
脂肪肝	984,020	0.2%	10	34	0.3%	9	28,942	8
動脈硬化症	37,130	0.0%	13	4	0.0%	12	9,283	12
脳出血	58,140	0.0%	12	3	0.0%	13	19,380	9
脳梗塞	9,529,570	1.7%	7	84	0.6%	8	113,447	3
狭心症	5,453,510	1.0%	8	85	0.6%	7	64,159	4
心筋梗塞	2,361,440	0.4%	9	8	0.1%	11	295,180	1
がん	80,873,600	14.2%	1	510	3.8%	6	158,576	2
筋・骨格	58,709,030	10.3%	2	1,391	10.2%	1	42,206	6
精神	38,276,030	6.7%	3	695	5.1%	5	55,073	5
その他(上記以外のもの)	308,075,880	54.2%		7,131	52.5%		43,202	
合計	568,569,400			13,582			41,862	

出典: 国保データベース(KDB)システム「疾病別医療費分析(生活習慣病)」

(4) 透析患者の状況

以下は、本町における透析患者の発生状況を示したものです。

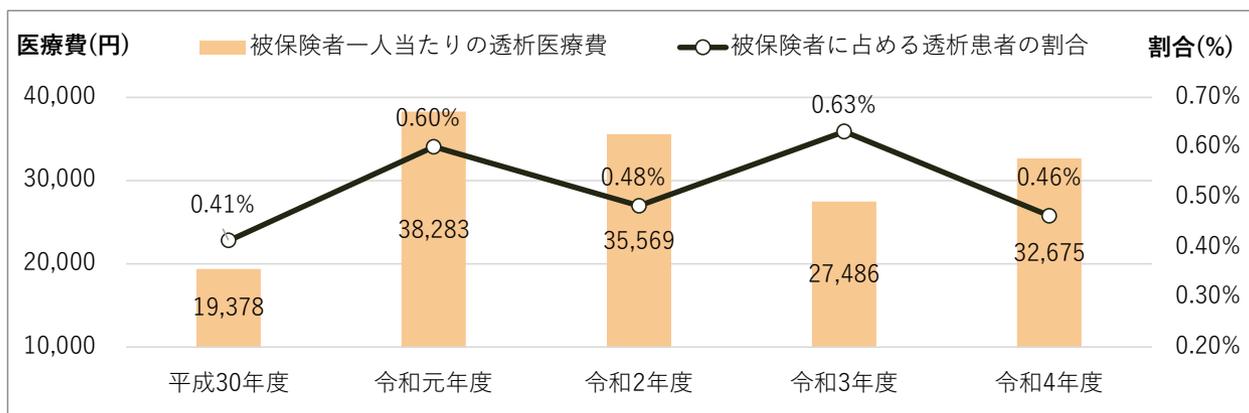
本町の被保険者に占める透析患者の割合は、国よりも高く奈良県よりも高くなっています。令和3年度をピークに年々減少で推移しています。透析医療費について、被保険者一人あたりは減少しています。

図表36 透析患者数及び被保険者に占める透析患者の割合(令和4年度)

区分	被保険者数(人)	透析患者数(人)	被保険者に占める透析患者の割合(%)
三宅町	1,513	7	0.46%
奈良県	275,701	905	0.33%
国	24,660,500	86,890	0.35%

出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

図表37 透析患者数割合及び透析医療費の推移(平成30年度～令和4年度)



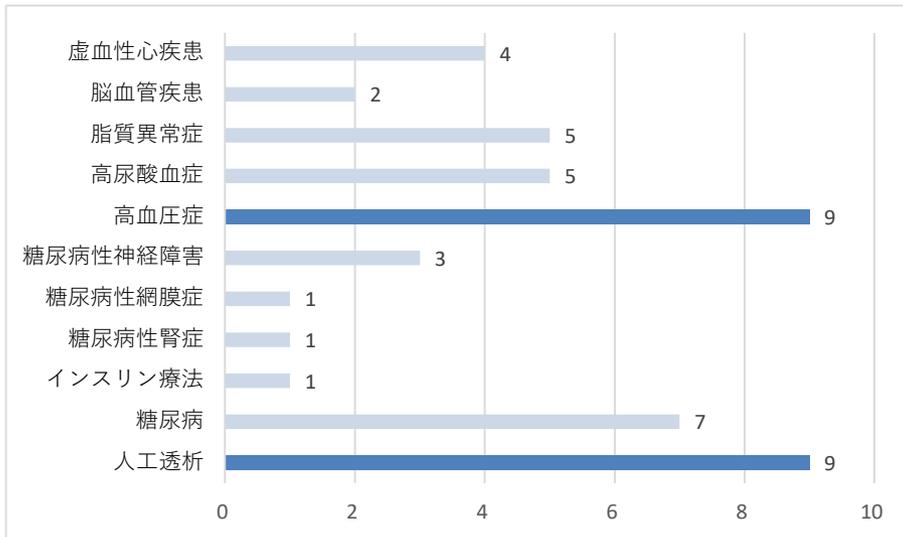
出典: 国保データベース(KDB)システム「医療費分析(1)細小分類」

※透析医療費…人工透析を行っているレセプトの総点数を医療費換算したもの。

以下は、本町における透析患者の併存している疾患を示したものです。

人工透析患者9人のうち、9人(100%)が「高血圧症」、7人(78%)が「糖尿病」、5人(56%)が「虚血性心疾患」「脂質異常症」「高尿酸血症」を併存している状況です。

図表38 透析患者の併存疾患(令和4年度)



出典: 国保データベース(KDB)システム「人工透析のレセプト分析」(令和4年5月診療分)

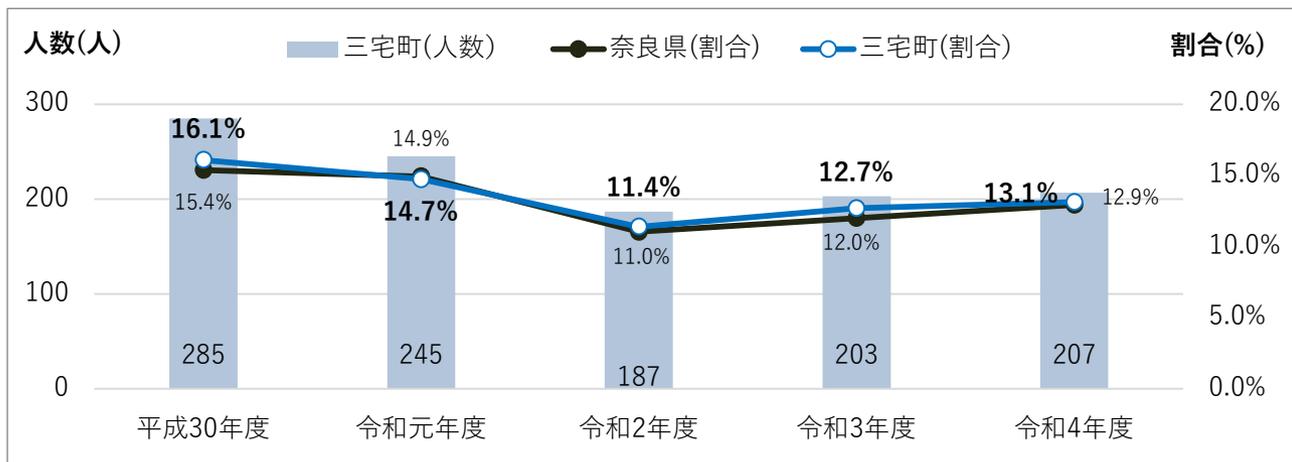
(5) 服薬状況

①重複投与者

以下は、本町における重複投与者の人数の推移を示したものです。

重複投与者は、同一月内に同一薬剤又は同様の効能・効果を持つ薬剤を複数の医療機関から処方されている人のことです。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少しましたが、緩やかに増加傾向にあり、被保険者に占める重複投与者の割合も上昇傾向にあります。

図表39 重複投与者数と被保険者に占める重複投与者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



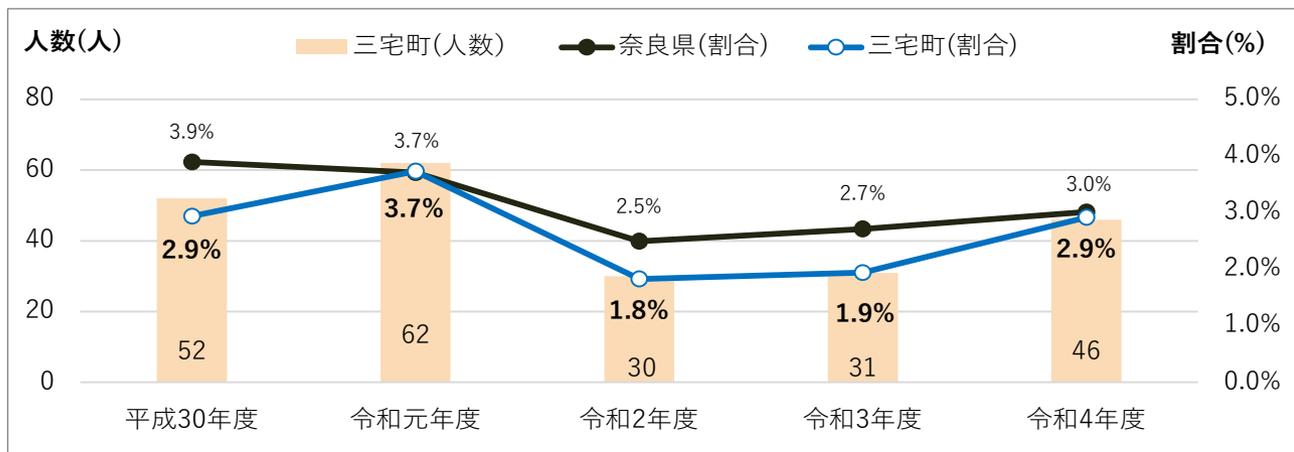
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

②多剤投与者

以下は、本町における多剤投与者の人数の推移を示したものです。

高齢になると、加齢による身体的・精神的機能の低下とともに複数の慢性疾患にかかり、飲む薬が多くなってきますが、日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」によると、「高齢者において6種類以上の処方がある方は、薬物有害事象の頻度や転倒の発生頻度が高まる」とあります。以下は15種類以上の多剤投与者の人数を表していますが、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で減少し、被保険者に占める多剤投与者の割合は令和元年度を除き、奈良県より低い水準で推移しています。

図表40 多剤投与者数と被保険者に占める多剤投与者割合の推移(平成30年度～令和4年度)



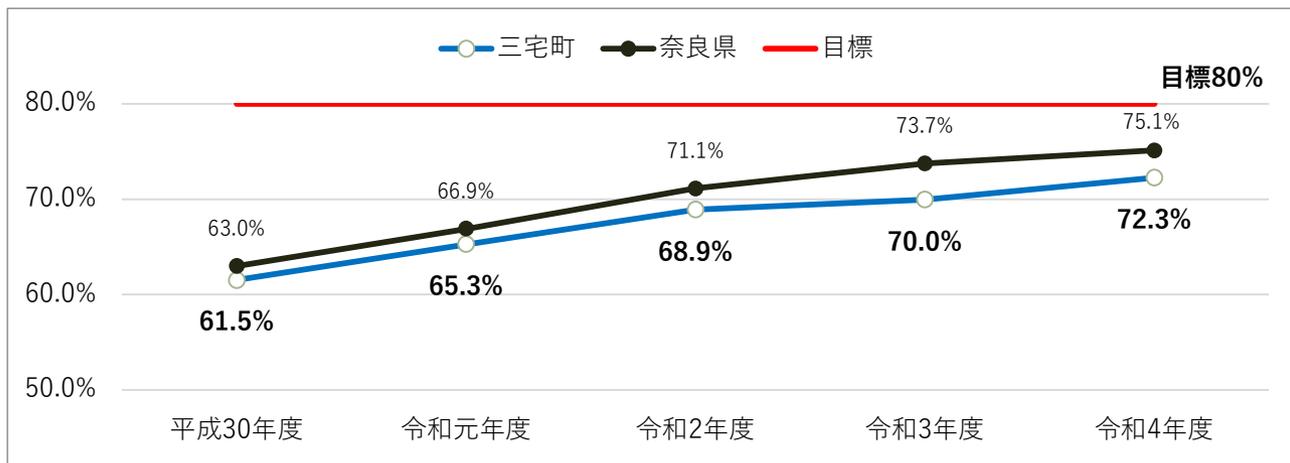
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(6) 後発医薬品使用割合

以下は、本町における後発医薬品使用割合の推移を奈良県と比較したものです。

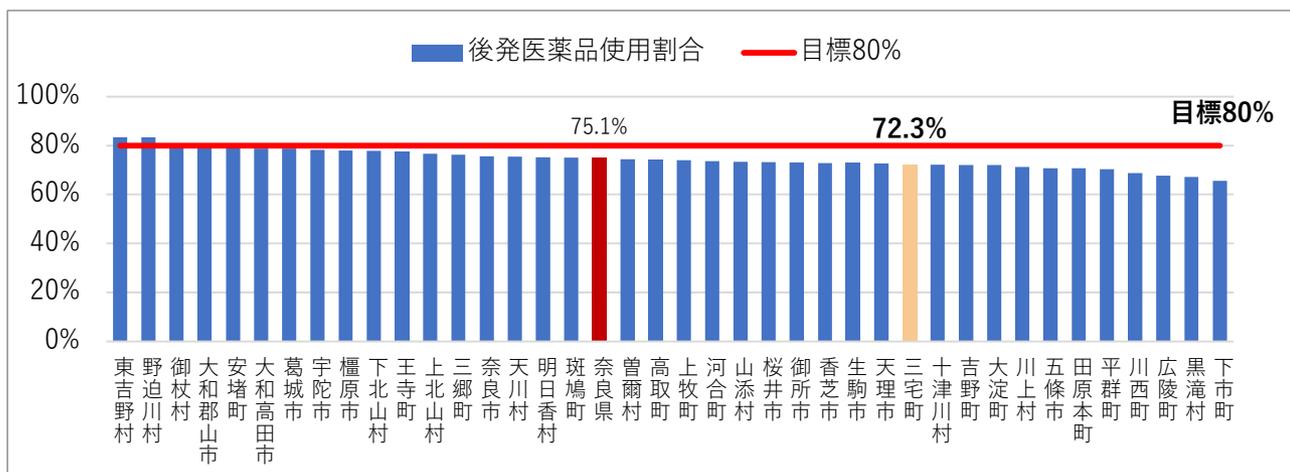
奈良県よりも低い水準で推移しておりますが、平成30年度から順調に上昇しています。しかしながら、国が定めた目標80%には到達していません。

図表41 後発医薬品使用割合(数量ベース)の推移(平成30年度～令和4年度)



出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

図表42 奈良県内市町村の後発医薬品使用割合(令和4年度)



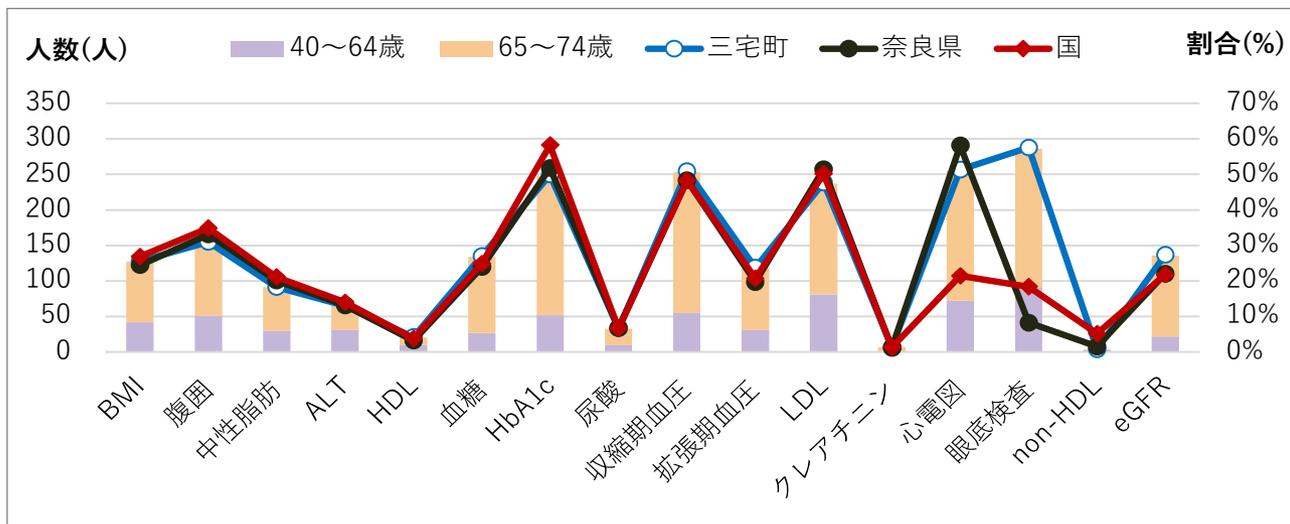
出典: 奈良県国保連合会(医療費等分析システム)

(7) 特定健康診査結果

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、検査項目別の有所見者の状況について、国と奈良県と比較したものです。

多くの検査項目において、国や奈良県より有所見者割合は同程度状況にありますが、HDL、血糖、収縮期血圧、拡張期血圧、クレアチニン、眼底検査、eGFRは国や奈良県よりも高くなっています。

図表43 検査項目別有所見者の状況(令和4年度)



区分			BMI	腹囲	中性脂肪	ALT	HDL	血糖	HbA1c	尿酸
			≧ 25	男性 ≧ 85 女性 ≧ 90	≧ 150	≧ 31	< 40	≧ 100	≧ 5.6	≧ 7.0
三宅町	40~64歳	人数(人)	42	51	30	31	10	27	52	10
		割合(%)	28.4%	34.5%	20.3%	20.9%	6.8%	18.2%	35.1%	6.8%
	65~74歳	人数(人)	85	103	61	34	11	107	196	23
		割合(%)	24.4%	29.5%	17.5%	9.7%	3.2%	30.7%	56.2%	6.6%
全体 (40~74歳)		人数(人)	127	154	91	65	21	134	248	33
		割合(%)	25.6%	31.0%	18.3%	13.1%	4.2%	27.0%	49.9%	6.6%
奈良県		割合(%)	24.5%	33.1%	20.1%	13.1%	3.2%	23.9%	51.8%	6.8%
国		割合(%)	26.9%	34.9%	21.1%	14.0%	3.8%	24.8%	58.2%	6.6%

区分			収縮期血圧	拡張期血圧	LDL	クレアチニン	心電図	眼底検査	non-HDL	eGFR
			≧ 130	≧ 85	≧ 120	≧ 1.3	所見あり	検査あり	≧ 150	< 60
三宅町	40~64歳	人数(人)	55	31	81	1	72	91	3	22
		割合(%)	37.2%	20.9%	54.7%	0.7%	48.6%	61.5%	2.0%	14.9%
	65~74歳	人数(人)	198	87	156	6	183	195	1	114
		割合(%)	56.7%	24.9%	44.7%	1.7%	52.4%	55.9%	0.3%	32.7%
全体 (40~74歳)		人数(人)	253	118	237	7	255	286	4	136
		割合(%)	50.9%	23.7%	47.7%	1.4%	51.3%	57.5%	0.8%	27.4%
奈良県		割合(%)	48.3%	19.7%	51.5%	1.1%	58.1%	8.3%	1.5%	22.1%
国		割合(%)	48.3%	20.7%	50.1%	1.3%	21.4%	18.4%	5.2%	21.8%

出典: 国保データベース(KDB)システム「健診有所見者状況(男女別・年代別)」

以下は、令和4年度の特定健康診査データによる、質問票回答状況について、国と奈良県と比較したものです。

国や奈良県よりも、「服薬_脂質異常症」「既往歴_心臓病」「既往歴_貧血」「既往歴_慢性腎臓病・腎不全」等で、該当する人の割合が高くなっています。

図表44 質問票回答状況(令和4年度)

分類	質問項目	40～64歳			65～74歳			全体(40～74歳)		
		三宅町	奈良県	国	三宅町	奈良県	国	三宅町	奈良県	国
服薬	服薬_高血圧症	18.4%	19.6%	20.1%	42.0%	41.8%	43.7%	34.9%	35.9%	36.8%
	服薬_糖尿病	5.4%	4.6%	5.3%	9.5%	9.8%	10.4%	8.3%	8.4%	8.9%
	服薬_脂質異常症	18.4%	17.5%	16.5%	37.4%	35.4%	34.3%	31.7%	30.6%	29.1%
既往歴	既往歴_脳卒中	0.7%	1.9%	2.0%	3.2%	3.6%	3.8%	2.5%	3.1%	3.3%
	既往歴_心臓病	2.1%	2.6%	3.0%	7.9%	6.6%	6.8%	6.2%	5.5%	5.7%
	既往歴_慢性腎臓病・腎不全	0.7%	0.6%	0.6%	1.8%	1.4%	0.9%	1.4%	1.2%	0.8%
	既往歴_貧血	22.1%	16.2%	14.2%	10.3%	9.5%	9.3%	13.8%	11.3%	10.7%
喫煙	喫煙	17.7%	15.8%	18.9%	8.6%	8.9%	10.2%	11.3%	10.7%	12.7%
体重増加	20歳時体重から10kg以上増加	34.0%	36.6%	37.8%	33.5%	32.4%	33.2%	33.7%	33.6%	34.6%
運動	1回30分以上の運動習慣なし	73.1%	68.6%	68.8%	52.6%	53.1%	55.4%	58.8%	57.2%	59.3%
	1日1時間以上運動なし	39.3%	50.0%	49.3%	33.8%	46.1%	46.7%	35.5%	47.1%	47.5%
	歩行速度遅い	49.0%	53.6%	53.0%	51.2%	47.9%	49.4%	50.5%	49.4%	50.4%
食事	食べる速度が速い	29.7%	32.4%	30.7%	25.3%	26.0%	24.6%	26.6%	27.7%	26.4%
	食べる速度が普通	62.1%	59.6%	61.1%	65.6%	66.3%	67.6%	64.5%	64.5%	65.7%
	食べる速度が遅い	8.3%	8.0%	8.2%	9.1%	7.7%	7.8%	8.9%	7.8%	7.9%
	週3回以上就寝前夕食	13.1%	18.5%	21.1%	10.3%	9.5%	12.1%	11.1%	11.9%	14.7%
	週3回以上朝食を抜く	16.6%	15.8%	19.0%	3.5%	4.3%	5.9%	7.4%	7.4%	9.7%
飲酒	毎日飲酒	21.4%	22.3%	24.3%	19.1%	24.0%	24.7%	19.8%	23.6%	24.6%
	時々飲酒	22.1%	23.3%	25.3%	18.5%	20.2%	21.1%	19.5%	21.0%	22.3%
	飲まない	56.6%	54.4%	50.4%	62.5%	55.8%	54.2%	60.7%	55.4%	53.1%
	1日飲酒量(1合未満)	60.2%	70.9%	60.9%	70.8%	75.2%	67.6%	67.5%	74.0%	65.6%
	1日飲酒量(1～2合)	31.8%	17.4%	23.0%	19.8%	18.2%	23.1%	23.6%	18.0%	23.1%
	1日飲酒量(2～3合)	6.8%	8.3%	11.2%	7.8%	5.6%	7.8%	7.5%	6.3%	8.8%
	1日飲酒量(3合以上)	1.1%	3.4%	4.8%	1.6%	1.1%	1.5%	1.4%	1.7%	2.5%
睡眠	睡眠不足	22.2%	29.3%	28.4%	26.5%	24.0%	23.4%	25.2%	25.4%	24.9%
生活習慣改善意欲	改善意欲なし	26.2%	22.7%	23.0%	28.5%	27.5%	29.3%	27.8%	26.2%	27.5%
	改善意欲あり	37.2%	36.5%	32.9%	28.5%	29.8%	26.0%	31.1%	31.6%	28.0%
	改善意欲ありかつ始めている	9.0%	14.8%	16.4%	10.9%	11.7%	13.0%	10.3%	12.5%	14.0%
	取り組み済み6ヶ月未満	10.3%	10.0%	10.0%	11.2%	8.8%	8.6%	10.9%	9.2%	9.0%
	取り組み済み6ヶ月以上	17.2%	16.0%	17.8%	20.9%	22.2%	23.1%	19.8%	20.6%	21.6%
	保健指導利用しない	71.5%	58.7%	62.4%	67.2%	58.6%	62.9%	68.5%	58.6%	62.8%
咀嚼	咀嚼_何でも	87.8%	84.3%	83.8%	74.4%	77.3%	77.0%	78.3%	79.1%	79.0%
	咀嚼_かみにくい	12.2%	15.1%	15.4%	24.2%	22.1%	22.1%	20.6%	20.2%	20.2%
	咀嚼_ほとんどかめない	0.0%	0.6%	0.7%	1.4%	0.7%	0.8%	1.0%	0.6%	0.8%
間食	3食以外間食_毎日	29.7%	29.8%	23.8%	30.6%	27.9%	20.8%	30.3%	28.4%	21.7%
	3食以外間食_時々	48.3%	52.8%	55.3%	50.3%	55.2%	58.4%	49.7%	54.6%	57.5%
	3食以外間食_ほとんど摂取しない	22.1%	17.4%	20.9%	19.1%	16.9%	20.8%	20.0%	17.1%	20.8%

出典: 国保データベース(KDB)システム「質問票調査の状況」

1. 課題の整理

様々なデータから国民健康保険被保険者における健康課題を整理します。

人的資源や予算等に限りがあるため、単年度ですべての健康課題に対して均一に保健事業を展開することは非現実的であることを踏まえ、対応すべき健康課題に優先順位を付け、特に重点的に取り組む必要のある課題を【重点課題】と位置付けます。

以下は、本町が設定した優先順位の高い5つの課題です。

課題1：生活習慣病の有病率が高く、医療費が増加している	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率が国の目標60%に到達していない。 ・特定保健指導実施率が低く、生活習慣病予防につながっていない。 ・メタボ該当者や予備群が多く、放置することで生活習慣病につながる恐れが高い。 ・2期計画でも対策を行っていたが、目標到達には至らず、今期計画でも重点的に取り組む必要がある。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査受診率 ・特定保健指導利用率 ・メタボリックシンドローム該当者割合 ・メタボリックシンドローム予備群の割合
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査、特定保健指導の実施率を向上させる対策を実施する。
課題2：糖尿病関連の医療費が高い。	
課題とする理由	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病関連の人工透析数が増加しており、透析にかかる医療費も増加している。
根拠となるデータ	<ul style="list-style-type: none"> ・人工透析者数の推移 ・人工透析に係る医療費
取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の重症化予防するための対策を実施する。

課題3：生活習慣病に関連した医療費の増加

課題とする理由	・「糖尿病」「高血圧」「脂質性異常症」の医療費が増加しており、これらの重症化によることで加速する「脳梗塞」「狭心症」の医療費が高くなっている。
根拠となるデータ	・生活習慣病等疾病別医療費(入院・外来)
取組の方向性	・生活習慣病重症化予防の取り組みを実施する。

課題4：重複した投薬による医療費の増加

課題とする理由	・重複・多剤服用は薬物有害事象の頻度や身体の負担が高まり、医療費増加につながる。
根拠となるデータ	・重複投与者の割合
取組の方向性	・適正受診・適正投薬について周知・啓発し、必要な指導を行う。

課題5：咀嚼や口腔機能の低下

課題とする理由	・歯周病検診の受診率が低いことにより、口腔内の健康維持が難しい。 ・咀嚼機能低下により、基礎疾患や生活習慣病のリスクが高まる。
根拠となるデータ	・特定健康診査の質問票「歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある」「ほとんどかめない」と回答した咀嚼機能に問題がある者の割合 ・歯周病検診受診率
取組の方向性	・歯周病検診受診率を向上させる取り組みを実施する。

2. 目的・目標

設定した5つの課題を解決するため、第3期計画では以下の目的・目標を設定して、計画を推進していきます。

【計画全体の目的】

目的	指標	目標
①健康寿命の延伸	健康寿命 (平均余命・平均自立期間)	延伸
②医療費適正化	被保険者一人当たりの 医科医療費・歯科医療費	維持

【目標(上記の目的を達成するために取り組むこと)】

目標	指標	目標値	主な個別保健事業
メタボリックシンドローム該当者および予備群該当者を早期発見し、該当人数を減少させる	特定健康診査受診率	60%	特定健康診査事業 未受診者受診勧奨事業
	特定保健指導終了率	45%	特定保健指導事業
	特定保健指導対象者の減少率(平成20年度比)	25%	
生活習慣病該当者が重症化へ移行することを予防する	HbA1c8.0%以上の割合	1.0%未満	糖尿病性腎症重症化予防対策事業
	受診勧奨者受診率	50%	医療機関受診勧奨事業
適正服薬・後発医薬品利用を促進させる	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合	減少	適正受診・適正服薬促進事業
	同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少	
	後発医薬品使用割合	80%	後発医薬品利用促進事業
がん罹患者を早期発見し早期治療につなげる	5がん検診平均受診率(令和4年度比)	+5%	がん検診等の勧奨事業
口腔衛生の正しい知識の普及により、健康維持を図る	歯周疾患検診受診率	10%	歯周疾患検診事業
高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進させる	事業実施数	11か所	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進に関する事業
	参加者へのアンケートでの満足度	80%	

3. 取り組む個別保健事業

1. 特定健康診査事業

目的	<p>メタボリックシンドロームおよびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨・再勧奨を行うことで受診率向上を目指す。定期的に健診を受診する必要性を周知・啓発し、受診率が向上することで、国保加入者のQOL維持・向上、健康の保持増進、生活習慣病予防、さらには医療費適正化に資する。</p>		
内容	<p>【対象】 40～74歳の国民健康保険加入者</p> <p>【方法】 集団健診：町保健福祉施設にて実施(健診実施委託機関による) 個別健診：奈良県医師会との集合契約による健診</p> <p>【受診方法や取組】 年2回「特定健康診査+がん検診」を実施することで、一度の来所で受診を完了できる。人間ドック・脳ドックを希望する方も増えており、特定健康診査の受け方のひとつとして助成対象人数を増やすことも検討する。</p> <p>【受診勧奨】 4月に、対象者全員に健診の案内と受診意向確認の返信票など一式郵送する。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	受診勧奨対象者への受診勧奨実施率	100%
	アウトカム	特定健康診査受診率	60%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知の適切さ ・健診機関との連携状況 ・人員配置 	

2. 未受診者受診勧奨事業

目的	<p>メタボリックシンドロームおよびそれに伴う各種生活習慣病の予防を目的とした特定健康診査・特定保健指導を進めるため、広報、受診勧奨・再勧奨を行うことで受診率向上を目指す。定期的に健診を受診する必要性を周知・啓発し、受診率が向上することで、国保加入者のQOL維持・向上、健康の保持増進、生活習慣病予防、さらには医療費適正化に資する。</p>		
内容	<p>【国保連合会共同保健事業(特定健康診査受診勧奨事業)】 対象：40～74歳の国民健康保険加入者で年度内に特定健康診査未受診者の方 方法：国保事務支援センターが定める対象者に個別受診勧奨を実施し、受診状況を確認する。</p> <p>【町独自事業】 様々な広報媒体を活用し、受診に関する情報提供を行う。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	再勧奨対象者への再勧奨実施率	100%
	アウトカム	特定健康診査受診率	60%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知の適切さ ・健診機関との連携状況 ・人員配置 	

3. 40歳未満の健康診査

目的	<p>若い世代から健診への意識を高めるため、40歳未満を対象とした健診を実施し、健康意識の向上と健診実施率向上を目指す。 特定健康診査の対象となる40歳になるまでの早い時期から健診を受ける機会を提供することで受診の習慣をもち、生活習慣病の兆しを発見する機会としたい。</p>		
内容	<p>【対象】 満18～39歳で健診を受ける機会のない国民健康保険加入者</p> <p>【方法】 個別健診：町内医療機関</p> <p>【内容】 特定健康診査と同内容</p> <p>【受診勧奨】 4月に、対象者全員に健診の案内を郵送する。</p> <p>【申込】 電話・メール他</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	健診案内実施率	100%
	アウトカム	健康診査受診率	30%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者への通知の適切さ ・健診機関との連携状況 ・人員配置 	

4. 特定保健指導事業

目的	<p>特定健康診査の結果から、生活習慣病のリスクが高く、生活習慣病の予防効果が多く期待出来る方に対して専門スタッフが生活習慣を見直すためのサポートを実施し、生活習慣の改善、運動習慣の獲得や定着をはかり、健診結果の改善を目指す。</p>		
内容	<p>【対象】 特定健康診査の結果により、肥満・高血圧・脂質異常・高血糖等リスクが重なっており、生活習慣改善の必要がある人</p> <p>【内容】 標準的な健診・保健指導プログラムに準ずる指導を実施する。 動機づけ支援：対象者への個別支援により、対象者が自身の生活習慣を振り返り、行動目標を立てるとともに保健指導終了後、生活習慣の改善を実践し、継続できる事を目指す。 積極的支援：「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援を行い、その生活が継続できる事を目指す。</p> <p>【利用推進】 フィットネス利用券を配付する。運動習慣を定着させるきっかけ作りのひとつとして町内で気軽に取り組める機会を提供する。 集団健診の場を利用し、初回指導を行う。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	利用勧奨対象者に対する利用勧奨実施率	100%
	アウトカム	利用者の腹囲2cm減少者割合	20%
		利用者の体重2kg減少者割合	20%
		特定保健指導終了率	45%
		特定保健指導対象者減少率(平成20年度比)	25%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面接分割実施 ・勧奨方法、利用者満足度 ・人員体制、委託機関との連携 ・教材・指導記録 		

5. 糖尿病性腎症重症化予防事業

目的	<p>国および県の標準的な手順に従い、糖尿病性腎症の悪化および慢性腎臓病(CKD)に進行する可能性のある者に対して医療機関への受診勧奨や保健指導等を行うことで、糖尿病性腎症の重症化を予防することを目的とする。</p>		
内容	<p>【国保連共同保健事業(糖尿病性腎症重症化予防保健指導事業・受診勧奨事業)】 糖尿病診療ガイドラインおよび糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づいた内容で実施する。</p> <p>受診勧奨事業：糖尿病受診歴があるが、治療中断している者やHbA1cが7.0%以上でかつ未治療者を抽出し、受診勧奨はがきを送付する。</p> <p>保健指導事業：糖尿病治療中で、前年度健診結果から糖尿病性腎症の重症化のリスクが高い者を抽出し、保健師等による保健指導を実施する。 面談3回、電話支援4回、医師への報告書送付3回 医師会等との連携：プログラム参加可否の判断をあおぐ。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	保健指導実施者の指導完了率	80%
	アウトカム	新規人工透析患者数	減少
		指導完了者のHbA1c改善率	75%
	HbA1c8.0%以上の割合 (令和4年度比)	1.41%未満	
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・勧奨方法 ・対象者の選定基準の明確化 ・利用者満足度 ・人員配置、医療機関連携 ・長期的フォロー体制 		

6. 医療機関受診勧奨事業(レッドカード事業)

目的	<p>特定健康診査の結果をもとに受診勧奨や保健指導を行うことで医療機関受診が必要な人を受診および治療に結びつけることを目的とする。</p>		
内容	<p>【国保連合会共同保健事業(レッドカード事業)】 対象：特定健康診査の結果から、各検査値の勧奨基準に該当しかつ該当の治療歴がない者を抽出する。 高血圧、高血糖、高コレステロール、高中性脂肪、慢性腎臓病の該当者</p> <p>実施方法：対象者を選定し受診勧奨カードを送付する。 通知後の未受診者には再勧奨を実施する。 医師の所見により受診勧奨が必要ないと考えられる者は送付除外とする等対応する。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	受診勧奨対象者への受診勧奨実施率	100%
	アウトカム	受診勧奨者の医療機関受診率	50%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨後の受診状況把握 ・受診勧奨基準の妥当性検討 ・医療機関連携 ・人員配置 	

7. 生活習慣病予防教育事業

目的	<p>生活習慣病の成り立ちを周知し、住民自身が理解をすることで、自分自身の生活習慣を振り返り、健康的な生活習慣を送るために必要なことに気付くことができることを目指す。そして、健康的な生活習慣を獲得することで、循環器疾患及び腎疾患、血管障害を予防することができ、医療費の適正化を目指すことを目的とする。</p>		
内容	<p>【対象】 1. 令和5年度より、30～60才までの健診結果を三宅町に提供できる者（生活習慣病発症リスクの有無は問わない） 2. 生活習慣病予防・CKDに興味のある者。ただし、栄養編・運動編いずれも受講することができ、概ね9割出席できる者。</p> <p>【方法】 1. 生活習慣病と日常生活の関係を理解し、より健康的な生活習慣を送ることが、生活習慣病だけではなく血管障害やCKDを予防することができるということを気付く場とするために町民公開講座を実施。 2. 生活習慣改善のための栄養・運動講座を実施。 運動講座：あざさ苑2階のフィットネスを使用し、セミナー終了後も自身で継続できるよう参加者それぞれのプログラムで実施。 栄養講座：運動講座に引き続いて実施。</p> <p>【実施者】 医師・管理栄養士・健康運動指導士・保健師</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	出席率(栄養編)	90%
		出席率(運動編)	90%
	アウトカム	参加者へのアンケートでの満足度	
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・受講勧奨方法の適正さ ・講座内容の見直し ・OB会の実施、フォローアップの機会 ・OBの活動機会設定 		

8. 適正受診・適正服薬促進

目的	<p>重複受診、頻回受診、多剤服薬、多剤投与、併用禁忌等の人に対して通知や保健指導を行うことで、それらを適正化することを目的とし、ひいては不適正と考えられる受診・服薬を減少させる。</p>		
内容	<p>【国保連合会共同保健事業(重複投薬・多剤投薬・併用禁忌対象者への通知)】 対象：重複、多剤、併用禁忌投薬者で一定要件の対象者 送付時期：6～7月に対象者選定、8～9月に国保連合会から対象者に注意喚起文書及び投薬実績を郵送する。</p> <p>電話による状況確認：9～10月に電話による状況確認 通知書を薬剤師が確認し、重複服薬、残薬などのチェックを行う。 必要に応じて薬剤師から処方医に照会する。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	対象者への注意喚起文書の発送率	100%
		対象者への電話実施率	100%
	アウトカム	同一月内に複数の医療機関を受診し、重複処方が発生した者の割合	減少
		同一月内に9種類以上の薬剤の処方を受けた者の割合	減少
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連、薬剤師会関係者との相談 ・受診状況把握 ・お薬手帳の活用促進 		

9. 後発医薬品促進

目的	<p>医療費適正化を推進するため、差額通知及び普及啓発等の取組を通じて、後発(ジェネリック)医薬品の利用を促進し、その利用率を高めることを目的とする。</p>		
内容	<p>【国保連合会共同保健事業(後発医薬品使用促進事業)】 後発医薬品差額通知の送付： 年4回(6,9,11,1月)国保連合会から対象者に後発医薬品差額通知書を郵送する。 差額通知を受けての相談窓口の設置(国保連合会)： コールセンター設置、差額通知書にフリーダイヤルを掲載 啓発物品の配布(啓発品、後発医薬品希望シール等)： 啓発品(後発医薬品促進に関するもの) 希望シール(お薬手帳等に後発医薬品を希望するシールを貼付するもの)</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	差額通知率	100%
	アウトカム	後発医薬品使用割合	80%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・国保連、薬剤師会関係者との相談 ・受診状況把握 		

10. がん検診等の受診勧奨事業

目的	健康増進法に基づく5がん検診を実施することで、がんの早期発見及び早期受診に資する。		
内容	<p>【対象】 各種がん検診の対象者(40歳以上の男性及び20歳以上の女性)</p> <p>【方法】 集団検診：保健福祉施設にて実施(5がん検診、セット検診) 医療機関個別検診：委託医療機関にて実施(5がん検診) 検診結果の通知、精密検査受診勧奨(郵送、訪問)</p> <p>【特定健康診査との同時実施などの取組】 特定健康診査+胃・肺・大腸がん検診のセット検診を年2回実施 休日検診を年2回実施</p> <p>【受診勧奨】 3月に受診に関する案内と申込書を広報にて全戸配布 国保・後期加入者には特定健康診査案内と共にがん検診案内を個別通知 40～60才の節目年齢者にごがん検診案内 受診申込者に日時通知や受診票を郵送</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	対象者への受診勧奨率	100%
	アウトカム	5がん検診平均受診率 (令和4年度比)	+5%
		精密検査受診率	100%
プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・コールリコールの実施(乳・子宮無料クーポン対象者のみ実施) ・精度管理 ・特定健康診査との同時実施 ・若い世代への情報発信 		

11. 歯周疾患検診事業

目的	<p>歯周病検診を実施することで、口腔衛生の正しい知識を普及するとともに、結果に基づいた適切な指導を行うことで、高齢期においても健康で快適な生活を送ることができるよう支援することを目的とする。</p>		
内容	<p>【町独自事業(歯周疾患検診)】 対象：三宅町国民健康保険被保険者のうち40～74歳の者 方法：田原本町及び川西町歯科医師会に所属する歯科医療機関で検診を受診する。 受診後は結果説明及び必要な保健指導を受ける。 費用：無料 受診勧奨：4月に受診に関する案内と申込書を特定健康診査の案内に同封し、個別通知する。受診申込者に受診票セットを発行。</p> <p>【国保連合会共同保健事業(歯科受診勧奨推進事業)】 対象：特定健康診査の質問票で、歯に関する項目でかみにくいなど回答した者で受診月から遡って13か月間歯科未受診の者 実施方法：対象者を抽出し、送付除外者連絡のあと、受診勧奨通知書を送付する。</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	歯周疾患検診受診勧奨率	100%
	アウトカム	歯周疾患検診受診率	10%
	プロセス・ストラクチャー	<ul style="list-style-type: none"> ・受診勧奨の実施有無 ・受診勧奨方法の適切さ ・歯科医師会との連携 	

12. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

目的	<p>関係機関と連携し、通いの場を活用した高齢者の社会参加を推進するとともに、要介護やフレイルのリスクを持つ高齢者に対して訪問等による保健指導や関係機関へのつなぎを行い、ひいては高齢者の健康状態を改善することを目的とする。</p>		
内容	<p>【ポピュレーションアプローチ】 通いの場への積極的関与 健康教育・健康相談事業 低栄養予防ミニ講座(食生活改善推進員による試食提供) 体力測定・フレイル・認知症予防ミニ講座 健康や介護に関する健康相談</p> <p>【ハイリスクアプローチ】 糖尿病性腎症の重症化予防 個別服薬相談 生活実態及び健康実態把握</p>		
評価指標	区分	指標	目標値
	アウトプット	事業実施数	11か所
	アウトカム	参加者へのアンケートでの満足度	80%
	プロセス・ストラクチャー	・国保部門としての参加	

地域包括ケアに係る取組

令和2年4月から「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」が施行となり、高齢者への一体的実施という制度が開始されました。被保険者一人一人の暮らしを地域全体で支える地域共生社会の体制の構築・実現を目指す、地域包括ケアシステムの充実・強化が推進されています。地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように支援する仕組み(システム)のことです。地域包括ケアシステムの充実に向けて、下記の取組を実施していきます。

①地域で被保険者を支える連携の促進

医療・介護・保健・福祉・住まい・生活支援などについての議論の場に国保保険者として参加し、地域の課題を共有し、対応策を検討するとともに、地域支援事業に国保部局として参画

②課題を抱える被保険者層の分析と、地域で被保険者を支える事業の実施

レセプトデータ、介護データ等を活用して前期高齢者等のハイリスク群・予備群等を抽出し、当該ターゲット層に対する支援や介護予防を目的とした健康教室等のプログラムの実施

③国民健康保険診療施設の施設・人材の活用

医療提供における役割だけではなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、介護サービス、生活支援等の一体的・総合的な提供の場として活用

庁内各部門及び地域における多様な専門機関、事業者、団体等の関係機関との連携により、関係者間で包括的に地域の実態把握・課題分析を共有し、地域が一体となって取組みを推進します。

第3部

第4期特定健康診査等実施計画

1. 計画策定の趣旨・背景等

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、平均寿命の延伸や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、国民生活や意識の変化など大きな社会環境の変化により医療費や保険料の増大が見込まれる中、国保財政を健全化し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務となっています。

このような状況を踏まえて、国民誰しもの願いである健康と長寿を確保しつつ、医療費の伸びの抑制に資するため、生活習慣病を中心とした疾病予防を重視することとし、保険者による健診及び保健指導の充実を図る観点から、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号。以下、「法」という。)に基づき、被保険者及び被扶養者に対し、生活習慣病に関する健康診査(特定健康診査)及び健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導(特定保健指導)を実施することとされました。

本計画は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針(以下、「基本指針」という。)」に基づき策定した「特定健康診査等実施計画」の第3期計画期間の終了に伴い、引き続き生活習慣病対策の充実を図り、さらに促進していくため、第4期計画として策定するものです。

2. 計画期間

第4期計画は、基本指針に即して6年を1期とし、期間は令和6年度から令和11年度とします。

3. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的考え方

生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展や生活スタイルの変化などに伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因の約6割を占め、医療費に占める割合も約3分の1となっています。高齢期に向けて生活習慣病の罹患等が顕著なことから、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症を招き、生活習慣の改善がなければ、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになります。

このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質(QOL)の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となると考えます。

4. 過去(第1期～第3期)の主な取組

受診率向上に向けた取り組み	ア 対象者に対する個別通知の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査対象者への個別通知を実施し、特定健康診査を受診する意義などをわかりやすく示し、ソーシャルマーケティングの手法を用い、目を引くデザインや色使いをした町独自のパンフレットを同封するなど、受診意欲の向上を図っている。
		<ul style="list-style-type: none"> ・受診を希望しない人にはその理由を返信ハガキに記入してもらい、今後の受診率向上のための取り組みに還元できるようにしている。
		<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知には、特定健康診査用に独自の封筒を作成しているなど、できるだけ開封してもらえよう工夫をしている。 ・同補助金を活用し、40歳になる人に特定健康診査の案内を送付している。
	イ 環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・個別通知には、受診意向を記入してもらった返信ハガキを同封し、受診する方法や日程、時間帯について、できるだけ対象者の希望に沿うように設定している。
		<ul style="list-style-type: none"> ・受診者のニーズに応じ、集団検診については、休日健診（土曜日・日曜日）を実施している。
		<ul style="list-style-type: none"> ・平成24年度に受診費用を1,000円から500円に値下げした。
	ウ 受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・受診意向のハガキの未返信者には、再度個別通知を送付し、受診意向の確認に努めている。
		<ul style="list-style-type: none"> ・集団検診受診者のうち、案内した日時に来所がない人へ当日電話連絡を行い、日程の変更や受診方法の変更を行い、特定健康診査受診率向上に努めている。
		<ul style="list-style-type: none"> ・人間・脳ドック助成申請された人で、11月までに請求が来ていない人について、助成申請時に伺った希望医療機関へ連絡し、予約状況を確認している。予約が確認できない人については、再度受診勧奨案内通知をし、受診率向上に努めている。
		<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査医療機関受診を希望した人で、11月末までに請求が来ていない人に対し、再度特定健康診査受診案内通知を送付し、受診率向上に努めている。
<ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度より、過去3年間特定健康診査の受診歴がなく、かつ生活習慣病に関するレセプトがない40～64歳の国保加入者に対し、電話にて特定健康診査受診勧奨を行い、受診の必要性を認識してもらい、受診につなげられるようにしている。 		
<ul style="list-style-type: none"> ・年間7回、町広報誌へ特定健康診査受診勧奨の記事を掲載し、啓発に努めている。 		
エ 医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・受診を希望しない人で、事業所健診を受けると回答した人に対し、健診結果記入用紙・問診票・返信用封筒を送付し、特定健康診査結果の提供を依頼している。 	
	<ul style="list-style-type: none"> ・平成28年度より、特定健康診査受診者が多い近隣開業医療機関全てへ出向き、本町の特定健康診査対象者が来院された時に、受診勧奨をしていただくよう協力依頼している。 	

実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診受診者を、年代別・性別にグループ分けした日時に振分け、できるだけ待ち時間が発生せずスムーズに受診できるようにしている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診受診者のうち、案内した日時に来所がない人へ当日電話連絡を行い、日程の変更や受診方法の変更を行っている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託機関だけでなく、町の担当保健師や職員も含めて問診票の確認や受診者の誘導を行うなど、受診しやすい環境づくりに取り組んでいる。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 商工会と連携し、国保加入者の事業所健診データの共有を図っている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内の6箇所の医療機関と契約し、人間ドックや脳ドックの受診時において特定健康診査にかかるすべての検査項目を実施することにより、健診結果として活用できるよう工夫している。
重症化予防の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診受診者に対し、結果説明会を行い、特定健康診査の結果の見方や、生活習慣改善の必要性、食事・運動療法に関する情報提供を行っている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診受診者において、特定健康診査の正式な結果が国保連合会から通知される前に、健診実施機関の協力のもと、リスクの高い受診者に対し、医療機関の受診勧奨や情報提供をしている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定健康診査の結果、腎機能検査結果より腎機能の低下が疑われる人、血圧・糖質・脂質項目が保健指導判定値を超えている人に対し、慢性腎臓病(CKD)町民公開講座への受診勧奨や慢性腎臓病(CKD)に関する県民公開講座の案内を行っている。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病だけでなく血管障害や慢性腎臓病(CKD)を予防することを目的とし、生活習慣改善のための栄養・運動講座を開催している(栄養編5回、運動編8回)。

5. 特定健康診査及び特定保健指導の基本的な考え方

(1) 生活習慣病対策の必要性

高齢化の急速な進展や生活スタイルの変化などに伴い、疾病全体に占めるがん、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合は増加し、死亡原因の約6割を占め、医療費に占める割合も約3分の1となっています。高齢期に向けて生活習慣病の罹患等が顕著なことから、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣がやがて糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の発症を招き、生活習慣の改善がなければ、虚血性心疾患や脳血管疾患等の発症に至るといった経過をたどることになります。

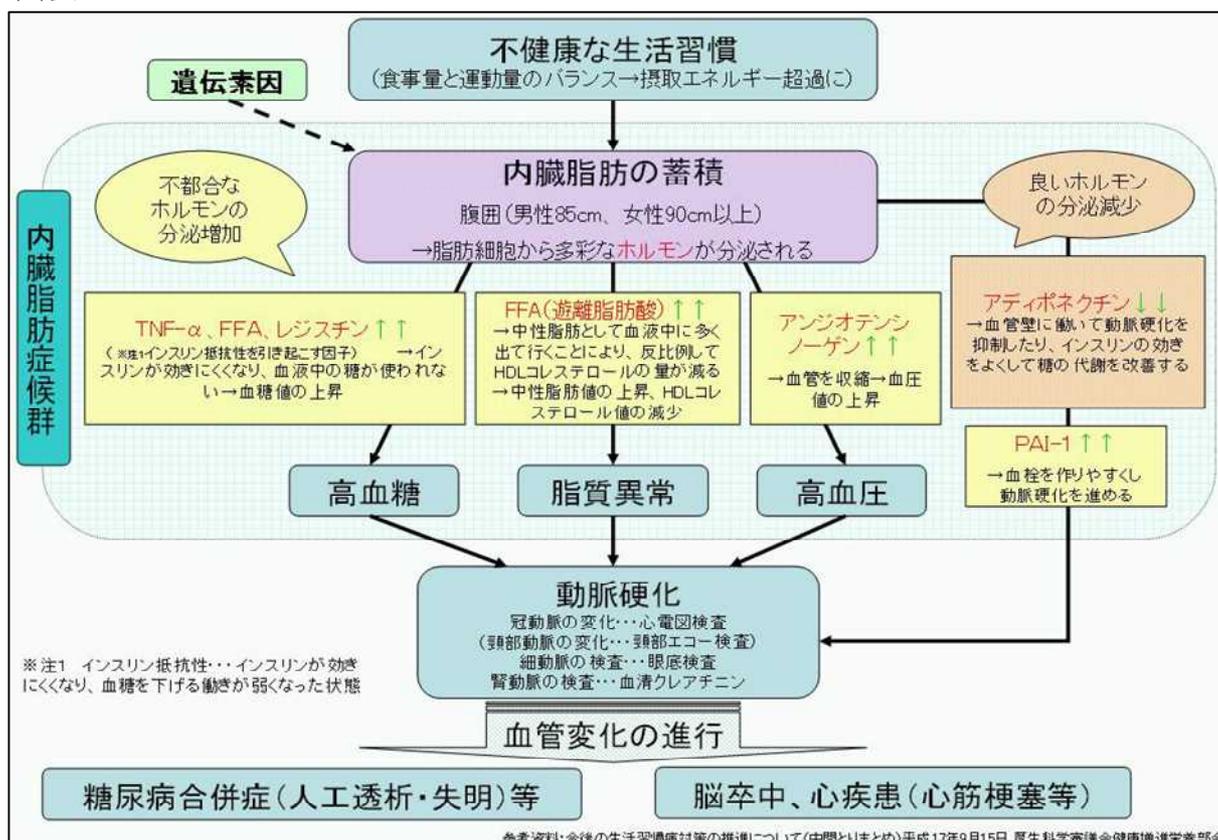
このため、生活習慣の改善による生活習慣病の発症、重症化予防の対策を進めることで患者を減らすことができれば、結果として、国民の生活の質の維持及び向上を図りながら医療費の伸びの抑制を実現することが可能となります。

(2) メタボリックシンドロームという概念への着目

糖尿病等の生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積(内臓脂肪型肥満)が関与しており、肥満に加え、高血糖、高血圧等の状態が重複した場合には、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症リスクが高くなります。

メタボリックシンドロームの概念に着目するのは、生活習慣病の発症、重症化の過程でこのことが大きく影響しているからであり、この該当者及び予備群の減少を目指す必要があります。

図表50 メタボリックシンドロームのメカニズム



参考資料:今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)平成17年9月15日 厚生科学審議会健康増進学委員会

(3) 特定健康診査・特定保健指導について

特定健康診査は、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とする者を的確に抽出するために行うものです。

特定保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とするものです。

図表51 特定健康診査・特定保健指導の基本的な考え方

	かつての診・保健指導		現在の健診・保健指導
健診・保健指導の関係	健診に付加した保健指導	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 最新の科学的知識と課題抽出のための分析 </div> <div style="font-size: 40px; margin: 10px 0;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 行動変容を促す手法 </div>	内臓脂肪の蓄積に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする者を抽出する健診
特徴	プロセス(過程)重視の保健指導		結果を出す保健指導
目的	個別疾患の早期発見・早期治療		内臓脂肪の蓄積に着目した早期介入・行動変容 リスクの重複がある対象者に対し、医師、保健師、管理栄養士等が早期に介入し、生活習慣の改善につながる保指導を行う
内容	健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供		自己選択と行動変容 対象者が代等の身体のメカニズムと生活との関係を理解し、生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる
保健指導の対象者	健診結果で「要指導」と指摘された者		健診受診者全員に対し情報提供、必要度に応じ、階層化された保健指導を提供 リスクに基づく優先順位をつけ、保健指導の必要性に応じて「動機づけ」「支援」「積極的支援」を行う
方法	主に健診結果に基づく保健指導 画一的な保健指導		健診結果の経年変化及び将来予測を踏まえた保健指導 データ分析等を通じて集団としての健康課題を設定し、目標に沿った保健指導を計画的に実施 個人の結果を読み解くとともに、ライフスタイルを考慮した保健指導
評価	アウトプット(事業実施量)評価を重視		アウトプット評価に加え、アウトカム評価やプロセス評価、ストラクチャー評価を含めた総合的な評価
実施主体	市町村		医療保険者

出典：「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」

1. 特定健康診査等の目標について

(1) 国の目標

国においては、令和11年度における市町村国保の特定健康診査等実施率目標は、「特定健康診査実施率60%以上」「特定保健指導実施率60%以上」としています。

令和6年度からの各年度の実施率は、令和5年度の実績見込等を勘案し、6年間で国が示す実施率目標を達成できるよう、段階的に実施率を引き上げていくこととします。

(2) 本町の目標

本町においても令和6年度からの各年度の実施率は、令和5年度の実績見込等を勘案し、10年間で国が示す実施率目標を達成できるよう、段階的に実施率を引き上げていくこととします。

〈実施に関する目標〉

	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度	国目標
特定健康診査受診率	49.0%	51.0%	53.0%	56.0%	58.0%	60.0%	60.0%
特定保健指導実施率	28.0%	31.0%	35.0%	38.0%	42.0%	45.0%	60.0%

2. 特定健康診査等実施対象者について

(1) 特定健康診査における対象者の定義

特定健康診査の実施年度中に40~74歳となる加入者(当該年度において75歳に達する者も含める)で、かつ当該実施年度の1年間を通じて加入している人(年度途中での加入・脱退等異動のない人)のうち、妊産婦等を除いた人が対象者です。

(2) 特定保健指導における対象者の定義

特定健康診査の結果、腹囲のほか、血糖、血圧、脂質が所定の値を上回る人(糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除く。)が対象者です。図表にあるように、追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、動機づけ支援の対象者となるのか積極的支援の対象者となるのかが異なります。

3. 特定健康診査等の実施方法について

(1) 特定健康診査の実施方法

①実施形態と場所と期間

【集団健診】

実施形態：特定健康診査機関(委託契約)

場所・期間：三宅町内の公的施設において、2クール(6月に4日間程度、11月に3日間程度)で実施

【個別健診】

実施形態：奈良県医師会(集合契約)

場所・期間：指定医療機関において、通年で実施

②周知方法

町広報誌、ホームページへの掲載などで周知するほか、すべての対象者に対して個別通知を実施します。

③受診券の発券と配布方法

受診券は、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへの委託で発券します。この受診券は、一括での配布はせず、対象者に対しての個別通知に同封している返信用紙により、受診意向があると回答した被保険者に対して郵送にて配布します。

また、電話等による健診の受診勧奨、再勧奨により受診意向の被保険者に対しても郵送にて配布します。

④自己負担について

特定健康診査受診の自己負担は500円とする。ただし、見直す場合もあります。

⑤健診の内容

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に着目した生活習慣病予防のための保健指導を必要とする人を的確に抽出することができる健診項目とします。

また、リスクに基づく優先順位をつけ、必要に応じた保健指導レベル別の内容を決定する際に活用できる問診項目とします。

図表52 特定健康診査における健診項目

区 分	内 容	
基本的な 健診項目	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)(問診)	
	自覚症状及び他覚症状の検査 (理学的検査(視診、聴打診、腹部触診等))	
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧
	血中脂質検査	中性脂肪、HDL-コレステロール、 LDL-コレステロール
	肝機能検査	GOT、GPT、 γ -GTP
	血糖検査	空腹時血糖 HbA1c(NGSP値)
	尿検査	糖、蛋白
保険者独自の 追加健診項目	血清クレアチニン検査、推算糸球体ろ過量(eGFR)、血清尿酸検査、随時血糖検査、貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、心電図検査	
詳細な健診の項目 (医師の判断による 追加項目)	貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)、心電図検査、眼底検査、血清クレアチニン	

⑥特定健康診査の委託についての考え方と契約

委託にあたっては厚生労働省告示「特定健康診査の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定するとともに、町と健診機関との連携を強化することで、質の確保を図ります。

特定健康診査の外部委託に関する基準

- ① 人員に関する基準
- ② 施設または設備等に関する基準
- ③ 精度管理に関する基準
- ④ 健診結果等の情報の取り扱いに関する基準
- ⑤ 運営等に関する基準

⑦他の機関が実施する健診を受診した場合の対応

国保被保険者が、三宅町国民健康保険で実施する特定健康診査以外の健診を受診する場合、適切に健診結果データの授受を行います。

人間ドック及び脳ドックを受診した人については、奈良県国民健康保険団体連合会を經由し、データを受領することとします。

また、商工会、事業主等の協力のもと、事業主健診等による健診を受診した人についても、データ保有者に対し、健診データを提供いただくよう依頼し、データを受領します。

⑧他保険者からの健診の受託について

他の医療保険者から特定健康診査の委任があった場合、受診可能な体制を整えます。

⑨その他の健診等との合同実施について

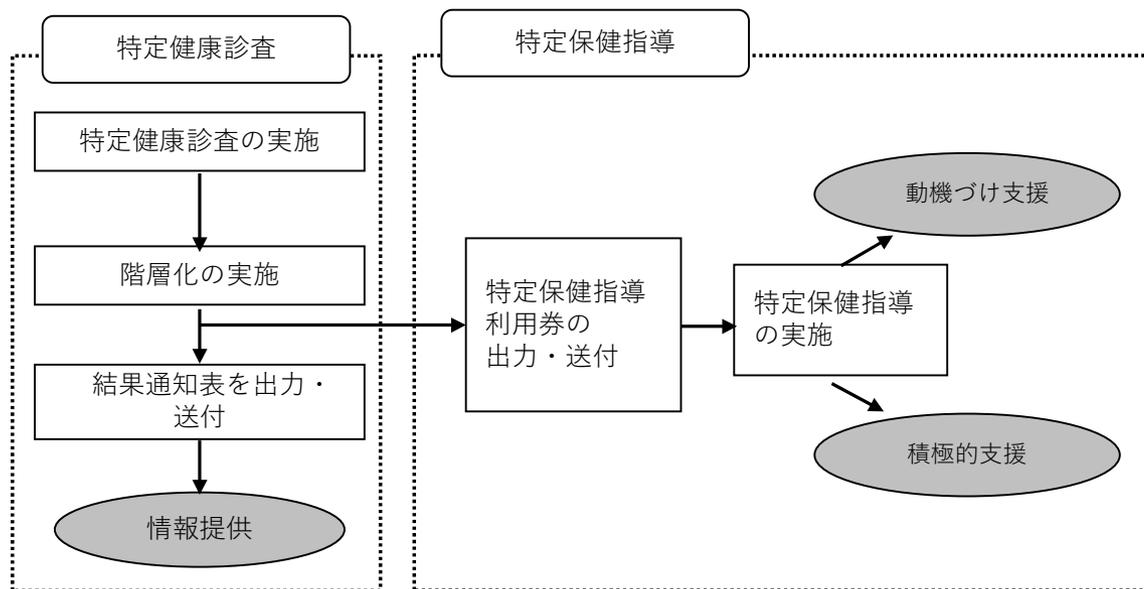
住民の継続受診や特定健康診査の対象から外れる人の健康管理等のため、75歳以上の後期高齢者医療被保険者を対象とする健康診査などを特定健康診査と合同で実施します。

(2) 特定保健指導等の実施方法

① 特定健康診査から特定保健指導への流れ

特定健康診査から特定保健指導への流れは、以下のようになります。特定健康診査の結果をもとに、階層化を行い、特定保健指導の対象者リストを作成します。このリストの中から特定保健指導実施者を抽出し、保健指導を実施します。

図表53 特定健康診査から特定保健指導への流れ



図表54 特定保健指導の対象者の階層化について

腹囲/BMI	追加リスク	喫煙歴(注)	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40歳-64歳	65歳-74歳
≧85cm(男性) ≧90cm(女性)	2つ以上該当	あり なし	積極的 支援	動機づけ 支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≧ 25	3つ該当	あり なし	積極的 支援	動機づけ 支援
	2つ該当			
	1つ該当			

出典：厚生労働省資料

②特定保健指導の種別

特定保健指導は、対象者の保健指導の必要性にあわせて、「情報提供」「動機づけ支援」「積極的支援」に区分されます。

図表55 保健指導レベルの内容

保健指導レベル	内 容
情報提供	<p>健診受診者全員を対象とし、対象者が健診結果から自分の健康状態を確認し、生活習慣を見直すきっかけとします。健診結果の通知とあわせて、年1回実施します。</p> <p>また、特定保健指導の対象とならなかった人で、リスク要因を有している人については、それぞれの状況に応じて、追加事項を設け、とくに生活習慣の改善に力を入れるよう、促します。</p>
動機づけ支援	<p>対象者への個別支援あるいはグループ支援により、対象者が自身の生活習慣を振り返り、行動目標をたてるとともに、保健指導終了後、生活習慣の改善を実践し、それが継続できるようになることを目指します。</p>
積極的支援	<p>「動機づけ支援」に加えて、定期的・継続的な支援を行い、支援プログラム終了後には、その生活が継続できるようになることを目指します。積極的支援では、対象者が自身の健康状態を自覚したうえで生活習慣を振り返り、行動目標を設定し、目標達成に向けた実践に取り組みます。積極的支援は年間のうち、3～6か月の継続的な支援を行います。</p>

③実施概要

特定保健指導は保健指導機関への委託契約により実施しており、支援内容に応じて集団指導と個別指導を組み合わせています。

保健指導レベル	実施体制	実施方法	実施場所
情報提供	町	パンフレットを送付する	—
動機づけ支援	特定保健指導機関 (個別契約) 奈良県医師会 (集合契約)	初回面接より3か月以上経過後に実績評価を行う	三宅町内の公的施設及び指定医療機関等
積極的支援		初回面接より3か月以上の支援を行い、6か月経過後に実績評価を行う	

④実施時期

特定健康診査の結果に基づき階層化したうえ、個別に特定保健指導の利用の意向確認を行い、利用意向の対象者に対して実施します。

特定保健指導機関による特定保健指導については、三宅町内の公的施設等において、2クールで実施します。初回面接は8月頃から随時実施し、一部の対象者を除いて3か月後に評価を行います。なお、初回面接は、健診受診年度の3月末日を期限とします。

奈良県医師会による特定保健指導については、健診受診年度の翌年度の6月を期限として、市町村と県医師会が締結する特定健康診査等委託契約(集合契約)において委託する医療機関にて実施します。

⑤利用券の発券と配布方法

利用券は、奈良県国民健康保険団体連合会 国保事務支援センターへの委託で発券します。この受診券は、一括での配布はせず、対象者に対しての個別通知により、利用意向があると回答した被保険者に対して郵送にて配布します。

また、電話等による受診勧奨、再勧奨により利用意向の被保険者に対しても郵送にて配布します。

⑥自己負担

自己負担なし。

⑦特定保健指導対象者の優先順位

特定保健指導は貴重な財源を投資する事業であることから、効果のある対象者に限定し、集中的に実施するという戦略的な判断が必要とされています。そのため、予防効果が大きく期待できる以下のような人を優先的に特定保健指導の対象者とします。

優先的に特定保健指導を実施する対象者

- ① 年齢が比較的若い対象者
- ② 健診結果の保健指導レベルが情報提供レベルから動機づけ支援レベル、動機づけ支援レベルから積極的支援レベルに移行するなど、健診結果が前年度と比較して悪化し、より緻密な保健指導が必要になった対象者
- ③ 質問項目の回答により、生活習慣改善の必要性が高い対象者
- ④ 前年度、積極的支援及び動機づけ支援の対象者であったにもかかわらず、保健指導を受けなかった対象者

⑧特定保健指導の委託についての考え方と契約

特定保健指導においては、指導内容の質の確保と利用者の利便性への配慮等の観点から厚生労働省告示「特定保健指導の外部委託に関する基準」を満たしている機関を選定します。

特定保健指導の外部委託に関する基準

- ① 人員に関する基準
- ② 施設または設備等に関する基準
- ③ 保健指導の内容に関する基準
- ④ 保健指導の記録等の情報の取り扱いに関する基準
- ⑤ 運営等に関する基準

(3) 実施に関する年間スケジュール

特定健康診査及び特定保健指導に関するスケジュールを以下の通りとして実施します。もともと、この日程に支障が生じた場合には、状況に応じて適宜変更します。

図表58 特定健康診査から特定保健指導、評価の流れ

	特定健康診査	特定保健指導			
		・ 動機づけ支援 ・ 積極的支援			
4月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診機関等との委託契約 ・ 個別通知による案内送付 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定保健指導機関等との委託契約 			
5月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診申込者に健診日案内文、質問票等を送付 ・ 個別健診申込者に受診券、質問票等を送付 				
6月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診 (1クール目4日間) 				
7月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 結果説明会を開催(3回) 				
8月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診(1クール目)の受診者へ結果等を通知 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">初回面接</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 階層化結果と利用券の受取 ・ 1クール目の特定保健指導 		
9月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別通知による再案内送付 				
10月	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">個別健診</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">動機づけ支援 積極的支援</div>			
11月				<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診 (2クール目3日間) 	
12月				<ul style="list-style-type: none"> ・ 結果説明会を開催(1回) 	
1月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集団健診(2クール目)の受診者へ結果等を通知 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">初回面接</div>			
2月			<ul style="list-style-type: none"> ・ 2クール目の特定保健指導 (翌年8月まで) 		
3月					
翌年度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実施実績の分析、実施方法の見直し ・ 全体評価、報告 				

(4) 代行機関の利用

特定健康診査等の費用の支払い及びデータの送信事務等に関し、奈良県国民健康保険団体連合会の特定健康診査等データ管理システムを利用します。

(5) 三宅町全体での健康づくり

①健診受診勧奨と健康意識の高揚

特定健康診査・特定保健指導の目的は、健診を受診し、結果から自身の健康状態を把握することで、生活習慣を改善していくことです。しかし、現状では自覚症状がないと健診受診に結びつきにくいいため、とくに、特定健康診査受診の目的や検査結果からわかる疾病の可能性、日頃の健康管理と自覚症状が出てからの対応等、健診を受診する必要性の普及啓発が重要です。また、健診未受診者や特定保健指導の対象から外れた人、生活習慣病以外のリスクを抱えた人に、健康づくりの機会や場を提供する必要があります。

本町ではこうした課題に対応し、特定健康診査・特定保健指導の円滑で効果的な実施を図るため、保健事業等のポピュレーションアプローチを活用し、情報提供や知識の普及等により健康意識の高揚を図っていきます。

ポピュレーションアプローチの展開

- ・ウォーキング、栄養改善等、健康づくり事業を利用し、様々なライフスタイルの対象者が参加しやすいよう、保健事業を選択できるようにします。
- ・地域で活動する団体と連携し、正しい生活習慣や健康づくりについて広く周知・啓発を進めます。
- ・ホームページや広報等で誰でも気軽にできる運動(特定保健指導で実施したメニュー等)を紹介する等、情報提供を行います。また、町が住民に向けて情報提供を行うことで、住民の健康意識も向上することが期待できます。

②フォローアップ体制の整備

特定保健指導の参加者が健康状態を維持できるよう、フォローアップ体制の整備を図ります。参加者による自主活動グループへの活動支援や、指導後の支援に努めます。

1. 計画の評価と見直し

本計画の中間評価及び最終評価において、「第3章データヘルス計画の目標・事業展開」の各項記載の評価指標を用いて目標の達成状況等についてPDCAサイクルによる評価・見直しを行います。

評価については、保健医療課・健康子ども課の2課による、三宅町国民健康保険保健事業実施計画評価検討会を開催し、専門的、技術的視点から行います。

また、計画の見直しについては、国や県の動向等に応じて柔軟に対応し、三宅町国民健康保険運営協議会等で検討したうえ、必要に応じて見直しを行います。

2. 計画の公表・個人情報の保護

(1) 公表方法

本計画を策定または改訂したときは、すみやかにホームページに掲載し、公表します。

(2) 三宅町国民健康保険運営協議会への報告

本計画の進捗状況については、三宅町国民健康保険運営協議会に報告し、審議します。

(3) 個人情報保護対策

保健事業に関するデータや記録は、重要な個人情報です。高齢者の医療の確保に関する法律、個人情報の保護に関する法律やこれに基づくガイドライン等を踏まえ、厳格な運用・管理を行います。

また、事業を委託する場合、委託先に対しては、個人情報の厳重な管理や目的外使用の禁止等について契約書に定めるとともに、その徹底を求めています。

(4) 特定健康診査・特定保健指導の記録の保存体制と保存方法

①記録の保存方法

特定健康診査の結果や特定保健指導に関する記録については、標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイルの形態で、健診・保健指導実施機関等外部委託者を通して、町に報告されます。

報告されたデータは、特定健康診査等データ管理システムを利用し、厳重に運用・管理・保存を行います。

保存年限は、最低5年間とし、できる限り長期的に保存します。

②記録の保存体制

健診結果、保健指導記録の保管は、奈良県国民健康保険団体連合会に委託します。保管にあたっては、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや国民健康保険団体連合会における個人情報保護の規定に基づき、適切に実施していきます。

(3) 特定健康診査、特定保健指導の記録の管理に関するルール

特定健康診査、特定保健指導の記録の管理については、個人情報保護関連法令、関係ガイドラインに基づくほか、個人情報保護に関する法律に基づき、適切に実施していきます。

健診等の情報の利用については、個人情報保護関係法令やガイドライン等の内容に沿って利用目的を周知するとともに、健診等の情報を保健指導に用いることや匿名化した情報を地域の健康状況の把握に用いられることを受診券等の注意書きに記載し、あらかじめ受診者に周知したうえで、必要な範囲に限定し、データの集計・分析を行う。レセプト情報の利用についても同様の取扱いを行います。

(4) 国や関係機関等への報告

国や関係機関等への報告に当たっては、データを統計的に処理し、個人が特定できないよう個人情報を匿名化した上で提供します。

3. 計画の推進体制

(1) 庁内体制の整備と連携

計画を着実に進めていくため、庁内の関係課が連携しながら、総合的に取り組んでいきます。

また、本計画の事業に必要な保健師、管理栄養士等の人材確保・育成、健康増進法に伴うポピュレーションアプローチを活用し、保険者としての事業との連携を図りながら、広く住民の健康づくり事業を展開していきます。

(2) 他機関との連携

効果的な施策を進めるためには保険者、行政だけでなく、住民、医療機関、各種関係機関・団体や民間企業の協力が必要であるため、地域で連携しながら、計画の推進を図っていきます。

また、本計画の策定・見直しにおいては、本町の国民健康保険運営協議会や外部有識者で構成される奈良県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会、奈良県及び保健所などと協力・連携し、実施します。

4. 評価(第4期計画期間に向けた課題)

特定健康診査については、健診項目の充実を図り、第1期～第3期計画期間における課題を経て、受診勧奨・再勧奨等の工夫をしながら受診率の向上に取り組んでいるものの、受診率の低迷が続いており、上昇傾向が続いているとはいえ、目標には遠く及ばない状況です。

年代別では、年齢が高くなるほど受診率が高くなっている現状で、疾病の早期発見という趣旨からも、今後は特に若い世代へのアプローチを積極的に進めることが必要です。

また、未受診理由として「忙しく時間がない」「健康なので必要ない」「病院受診中」が上位を占めるため、特定健康診査受診の必要性についてのさらなる普及啓発の工夫や医療機関との連携による受診勧奨の推進が必要と考えます。

特定保健指導については、実施率が低い状況で推移しており、業者委託により充実を図っているものの、まだまだ実施体制が弱く、医療機関と連携した受診と保健指導の一体化を強化するなど、魅力ある受診体制を目指すことが必要です。これに加え、指導者研修会に積極的に参加するなど職員の資質向上に取り組むことも継続的に行っていく必要があります。

このような取組から生活習慣病の早期発見、重症化予防を確実に行之、医療費削減に向けて取組を強化することが重要であり、第3期に引き続き、平成29年度に策定された奈良県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの着実な実行も進めていきます。

今後は、これらの取組を他の保険者と連携し、また国保部門、衛生部門が一丸となって推進してしていくことが重要です。

1. 計画策定までの検討経過

年月日	項目	内容
令和5年8月23日	【第1回】 三宅町国民健康保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・計画の概要について ・計画の策定スケジュールについて ・保健事業の検討について
令和5年11月1日	【第2回】 三宅町国民健康保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータ等の分析概要について ・健康課題について ・保健事業について ・目標設定について
令和6年1月12日	【第3回】 三宅町国民健康保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・計画(案)について ・今後のスケジュールについて
令和5年12月26日	保健事業支援・評価委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・奈良県国民健康保険団体連合会による計画(案)に対する助言等
令和6年2月5日 ～2月19日	パブリックコメント	<ul style="list-style-type: none"> ・計画(案)に対する意見の募集
令和6年3月1日	【第4回】 三宅町国民健康保険運営協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・パブリックコメントの実施結果について ・計画の今後の評価方法について ・計画(案)の策定について

2. 委員名簿

三宅町国民健康保険 運営協議会 委員名簿

※敬称略

区分	氏名	役職	備考
被保険者を代表する委員	坂田 裕計		
	西岡維佐子		
保険医又は保険薬剤師を代表する委員	藤本 洋和	医療法人まつおかクリニック みやけ分院 院長	
	畠山 桂	オハナ薬局 薬剤師	
公益を代表する委員	辰巳 光則	町議会議長	委員長
	渡辺 哲久	町議会議員	

3. 用語集

	用語	説明
あ行	アウトカム評価	成果等設定した目標に達することができたか等を見る評価の指標
	アウトプット評価	保健事業の実施状況等・実施量等計画した保健事業を実施したか等を見る評価の指標
か行	血圧(収縮期・拡張期)	血管にかかる圧力のこと。心臓が血液を送り出すときに示す最大血圧を収縮期血圧、全身から戻った血液が心臓にたまっているときに示す最小血圧を拡張期血圧という。
	血清クレアチニン	アミノ酸の一種であるクレアチンが代謝されたあとの老廃物。腎臓でろ過されて尿中に排泄される。 血清クレアチニンの値が高いと、老廃物の排泄機能としての腎臓の機能が低下していることを意味する。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。 食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	健康寿命	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの。
さ行	ジェネリック医薬品	後発医薬品のこと。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安い医薬品。
	疾病分類	「疾病、傷害及び死因の統計分類」の「ICD-10(2013年版)準拠 疾病分類表」を使用。
	人工透析	機能が著しく低下した腎臓に代わり機械で老廃物を取り除くこと。1回につき4～5時間かかる治療を週3回程度、ずっと受け続ける必要があり、身体的にも時間的にも、大きな負担がかかる。
	心電図	心臓の筋肉に流れる電流を体表面から記録する検査。電流の流れ具合に異常がないかがわかる。 また1分間に電気が発生する回数である心拍数も測定される。
	ストラクチャー評価	計画立案体制・実施構成・評価体制等事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備している等を見る評価の指標
	生活習慣病	食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣病が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称。重篤な疾患の要因となる。
	積極的支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクがより高い者に対して行われる保健指導。「動機づけ支援」の内容に加え、対象者が主体的に生活習慣の改善を継続できるよう、面接、電話等を用いて、3か月以上の定期的・継続的な支援を行う。
た行	中性脂肪	肉や魚・食用油など食品中の脂質や、体脂肪の大部分を占める物質。単に脂肪とも呼ばれる。
	動機づけ支援	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高い者に対して行われる保健指導。医師・保健師・管理栄養士等による個別、またはグループ面接により、対象者に合わせた行動計画の策定と保健指導が行われる。初回の保健指導修了後、対象者は行動計画を実践し、3か月経過後に面接、電話等で結果の確認と評価を行う。
	特定健康診査	平成20年4月から開始された、生活習慣病予防のためのメタボリックシンドロームに着目した健康診査のこと。40歳～74歳の医療保険加入者を対象とする。
	特定保健指導	特定健康診査の結果により、生活習慣病の発症リスクが高く、生活改善により生活習慣病の予防効果が期待できる人に対して行う保健指導のこと。特定保健指導対象者の選定方法により「動機づけ支援」「積極的支援」に該当した人に対し実施される。

用語		説明
な行	尿酸	食べ物に含まれるプリン体という物質が肝臓で分解されてできる、体には必要のない老廃物。主に腎臓からの尿に交じって体外に排出される。
は行	標準化死亡比	標準化死亡比は、基準死亡率(人口10万対の死亡数)を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するものである。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いと判断され、100以下の場合は死亡率が低いと判断される。
	腹囲	へその高さで計る腰回りの大きさ。内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	プロセス評価	保健事業の実施過程等、必要なデータを入手しているか、人員配置が適切であるか、スケジュール通りに行われているか等を見る評価の指標
ま行	メタボリックシンドローム	内臓脂肪型肥満に高血圧、高血糖、脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい状態。内臓脂肪型肥満(内臓肥満・腹部肥満)に加えて、血圧・血糖・脂質の基準のうち2つ以上に該当する状態を「メタボリックシンドローム」、1つのみ該当する状態を「メタボリックシンドローム予備群」という。
や行	有所見	検査の結果、何らかの異常(検査基準値を上回っている等)が認められたことをいう。
A～Z	AST/ALT	AST(GOTともいう)は、心臓、筋肉、肝臓に多く存在する酵素である。ALT(GPTともいう)は、肝臓に多く存在する酵素である。数値が高い場合は急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝、肝臓がん、アルコール性肝炎などが疑われる。
	BMI	[体重(kg)]÷[身長(m)の2乗]で算出される値で、Body Mass Indexの略。肥満や低体重(やせ)の判定に用いる体格指数のこと。
	eGFR	腎臓機能を示す指標で、クレアチニン値を性別、年齢で補正して算出する。腎臓の中にある毛細血管の集合体である「糸球体」が1分間にどれくらいの血液を濾過して尿を作るかを示す値。数値が低いと腎臓の機能が低下していることを意味する。
	HbA1c	ブドウ糖と血液中のヘモグロビンが結びついたもので、過去1～2カ月の平均的な血糖の状態を示す検査に使用される。
	HDLコレステロール	余分なコレステロールを回収して肝臓に運び、動脈硬化を抑える。善玉コレステロール。
	KDB ※「国保データベース」の略	「国保データベース(KDB)システム」とは、国民健康保険や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、健診・保健指導、医療、介護の各種データを併せて分析できるシステムのこと。
	LDLコレステロール	肝臓で作られたコレステロールを全身へ運ぶ役割を担っており、増えすぎると動脈硬化を起こして心筋梗塞や脳梗塞を発症させる。悪玉コレステロール。
	non-HDLコレステロール	総コレステロールからHDLコレステロールを減じたもの。数値が高いと、動脈硬化、脂質代謝異常、甲状腺機能低下症、家族性高脂血症などが疑われる。低い場合は、栄養吸収障害、低βリポたんぱく血症、肝硬変などが疑われる。

**三宅町国民健康保険
第3期データヘルス計画及び
第4期特定健康診査等実施計画**

令和6(2024)年3月

発行 三宅町

編集 保険医療課
〒636-0213
奈良県磯城郡三宅町大字伴堂689番地
TEL：0745-44-2001
URL：<https://www.town.miyake.lg.jp/>

